

## PARTE 4

---

Approfondimenti.

Studi di prevalenza sulla popolazione

Stime dei soggetti con problemi legati all'uso di droghe

Decessi droga correlati

Uso droga e sicurezza alla guida

## **PARTE 4**

## Approfondimenti

---

### Studi di prevalenza sulla popolazione

L'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze EMCDDA tramite "attività su progetto" cui partecipano i principali esperti nazionali di diversi paesi, ha definito e standardizzato, nel corso degli ultimi anni una serie di indicatori epidemiologici che permettono una migliore descrizione ed analisi della diffusione dell'uso delle sostanze illegali, della domanda di trattamento, delle patologie infettive (HIV ed epatiti B e C) nei tossicodipendenti e della mortalità correlata all'uso delle droghe.

Nel presente approfondimento vengono presentati e discussi i risultati relativi all'attivazione degli studi epidemiologici a carattere campionario realizzati dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) che permettono all'Osservatorio italiano di adempiere al debito informativo nei confronti dell'EMCDDA in merito ai primi due indicatori e una descrizione dei dati sui decessi droga correlati e le relative problematiche realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in merito all'attivazione degli indicatori epidemiologici standard.

In particolare gli studi epidemiologici su base campionaria permettono di raccogliere i dati riportati nelle tabelle standard REITOX relative alla stima di prevalenza sulla popolazione generale e su popolazioni di giovani scolarizzati (Standard Table 01: Basic results and methodology of population surveys on drug use; Standard Table 02: Methodology and results of school surveys on drug use). Le analisi statistiche sui flussi informativi delle tossicodipendenze e l'applicazione dei metodi statistici di stima proposti dall'EMCDDA permettono di compilare le tabelle relative alla stima della popolazione che fa un uso problematico di droghe (Standard Table 07: National prevalence estimates of problem drug use in EU countries; Standard Table 08: Local prevalence estimates of problem drug use in some EU countries). La raccolta dei dati dal Registro Generale di Mortalità (RGM) e dal Registro Speciale (RS) dei decessi droga correlati permettono, per il momento, solo una parziale compilazione della (Standard table 05: Acute/direc drug-related deaths).

### Il progetto ESPAD

Il progetto ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) nasce dall'esigenza di avere una lettura aggiornata di anno in anno dei fenomeni legati al consumo di tabacco, alcol e altre sostanze tra giovani europei. Si possono così osservare alcuni importanti cambiamenti nelle tipologie di consumo e nelle sostanze utilizzate, cambiamenti che possono costituire indicazioni fondamentali per la messa in atto di interventi di prevenzione primaria e secondaria. ESPAD, essendo un progetto di respiro europeo, promosso e coordinato dal Consiglio Svedese per l'informazione sull'Alcol e altre Droghe (CAN), in collaborazione col "Gruppo Pompidou", permette di comparare l'uso di alcol e droga nella popolazione studentesca di diversi paesi in termini di classificazioni di consumo standardizzate e intervalli di prevalenza. Questo tipo di conoscenza è importante se proiettata nel futuro

quando eventuali cambiamenti in una data parte d'Europa potranno essere considerati come indicatori (di previsione, e prognostici) per paesi dove i cambiamenti non sono ancora avvenuti o apparsi. L'analisi di queste tendenze, fornisce inoltre informazioni sulla portata del rischio al quale gli studenti sono esposti nell'utilizzo di queste sostanze.

Dal 1995 lo studio viene condotto contemporaneamente in 30 paesi europei ogni 4 anni. L'Italia partecipa al progetto sin dai primordi; nel 1995, nel 1999 e nel 2003 ciò è stato possibile grazie al finanziamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica), negli anni 2000, 2001 e 2002, ESPAD è stato finanziato attraverso il Fondo nazionale di lotta alla droga nell'ambito dei progetti del Ministero dell'Istruzione e coordinato dal Dipartimento degli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in seguito diventato Dipartimento per le Politiche Sociali e previdenziali del Ministero del Lavoro.

La rilevazione Italiana presenta alcune peculiarità rispetto a quella europea: In Italia si è scelto infatti, dal 1999 ad oggi di ripetere lo studio ogni anno, ciò per rispondere alle richieste informative dell'EMCDDA, in merito all'indicatore epidemiologico chiave sulle stime di prevalenza d'uso delle sostanze illecite da parte della popolazione studentesca che rappresenta uno dei debiti informativi dell'Osservatorio permanente italiano; si è inoltre scelto, differentemente dalla rilevazione europea che si limita ai sedicenni, di estendere lo studio all'intera popolazione studentesca (da 15 a 19 anni).

Le indagini campionarie, sono state condotte attraverso metodi e strumenti di rilevazione standardizzati e definiti in ambito di coordinamento europeo. La metodologia di campionamento delle scuole è stata altresì discussa e verificata da un gruppo di esperti che ne segue il controllo di qualità

Lo studio ESPAD 2002 è stato condotto con le stesse modalità adottate negli anni precedenti, il campione coinvolto è di circa 300 scuole tra Licei Classici, Scientifici, Magistrali, Istituti tecnici, Istituti professionali e artistici per oltre 20.000 ragazzi e ragazze partecipanti. La definizione del campione, il contatto operativo con le scuole, la somministrazione del questionario agli studenti, è stata possibile grazie alla collaborazione degli Uffici per le tossicodipendenze delle Regioni e delle Province autonome, dei Servizi territoriali per le tossicodipendenze, dei Presidi e dei Professori delle scuole campionate.

Anno dopo anno la rilevazione ESPAD esplicita le caratteristiche di affidabilità, nella lettura dei fenomeni legati al consumo di sostanze nel periodo di tempo considerato, la cui importanza è evidenziata, in ambito internazionale, dallo studio "Monitoring the future" del National Institute on Drug Abuse (NIDA), degli USA, attivo da oltre 25 anni.

Quanto segue prende in esame i risultati dell'indagine ESPAD articolati nel quadriennio 1999-2002, le elaborazioni riportate sono relative alle opinioni e agli atteggiamenti degli studenti rispetto alle sostanze, all'età di primo contatto, all'esperienza d'uso delle sostanze che essi hanno in generale (lifetime), negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Infine viene riportato un commento dettagliato relativamente al consumo di cannabis.

### Opinioni e atteggiamenti in rapporto alle varie droghe

La tabella 4.1 presenta un quadro generale relativo all'opinione che gli studenti riferiscono di avere circa il consumo di sostanze quali tabacco, alcol e cannabis, oltre a ciò si ritenuto opportuno riportare la percezione di rischio riferita a tali comportamenti di consumo. L'atteggiamento riferito in merito a "fumare sigarette", vede la maggior parte degli studenti, dai 15 ai 19 anni, tolleranti per quanto riguarda "fumare sigarette occasionalmente". Tale quota di soggetti, stabile nel periodo 1999-2001 (circa il 77%), mostra un decremento nel 2002 scendendo al 72%. Molto inferiore, ma costante nel tempo (37%), il numero di ragazzi e ragazze che non disapprovano fumare 10 o più sigarette al giorno.

Per ciò che riguarda l'alcol ed i comportamenti d'abuso ad esso correlati, si evidenzia nel periodo preso in esame (1999-2002) un atteggiamento di crescente tolleranza, il numero di studenti che non disapprova ubriacarsi 1 volta la settimana aumenta costantemente dal 18% al 25% nel periodo 1999-2002, è inoltre consistente e stabile con una media del 76% la quota di studenti che non disapprovano bere uno o due bicchieri. All'aumento di tolleranza verso il consumo di bevande alcoliche corrisponde una diminuzione relativa della percezione del rischio, sono comunque la maggioranza, anche se in diminuzione (1999 - 82%; 2002 - 80%) coloro che percepiscono a rischio il bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno.

In generale aumenta anche la tolleranza relativa al consumo di cannabis, diminuiscono infatti, rimanendo pur sempre la maggioranza, i ragazzi che disapprovano il consumo occasionale di cannabis (67% nel 1999; 66% nel 2002) e coloro che ne disapprovano il consumo regolare (88% nel 1999 e 84% nel 2002), aumenta leggermente, un punto percentuale, la parte di studenti che non percepisce il rischio di fumare cannabis regolarmente (rispettivamente 2% nel 1999, 2% nel 2000, 3% nel 2001 e 3% nel 2002).

Tabella 4.1 – Approvazione dell'uso e percezione del rischio

<b>Approvazione dell'uso e percezione del rischio</b>	<b>ESPAD 1999</b>	<b>ESPAD 2000</b>	<b>ESPAD 2001</b>	<b>ESPAD 2002</b>
Non disapprovo fumare sigarette occasionalmente	78%	76%	78%	72%
Non disapprovo fumare 10 o più sigarette al giorno	37%	37%	37%	37%
Nessun rischio nel fumare uno o più pacchetti al giorno	2%	1%	2%	2%
Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri	75%	74%	79%	76%
Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana	18%	20%	23%	25%
Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno	3%	3%	4%	4%
Non disapprovo fumare cannabis occasionalmente	33%	31%	34%	34%
Non disapprovo fumare cannabis regolarmente	12%	14%	17%	16%
Nessun rischio nel fumare cannabis regolarmente	2%	2%	3%	3%

Nella tabella 4.2 sono riportate le opinioni degli studenti relative alla sperimentazione di alcune sostanze psicoattive riportate nelle indagini effettuate tra il 1999 ed il 2002; appare evidente un atteggiamento di generale disapprovazione da parte della maggioranza degli studenti relativa al "provare 1 o 2 volte ..." si evidenzia tuttavia un quadro di crescente tolleranza rispetto al provare la cocaina (nel 1999 il 10% dei soggetti, nel 2002 il 12%)

## PARTE 4

nel provare l'ecstasy (nel 1999 il 10%, dei soggetti, nel 2002 l'11%), i sedativi e tranquillanti (nel 1999 il 9%, nel 2002 l'11%), il crack (nel 1999 il 7%, nel 2002 il 10%). Aumenta la tolleranza anche relativamente alla sperimentazione di eroina (nel 1999 il 6% dei soggetti, nel 2002 il 9%). Restano invariate le opinioni relative al consumo una tantum di LSD e di amfetamine, nondimeno si evidenzia un'alta percezione del rischio rispetto a tutte le sostanze che si mantiene costante nel tempo.

Tabella 4.2 Approvazione dell'uso e percezione del rischio correlate all'uso di droghe

Provare 1 o 2 volte	ESPAD 1999				ESPAD 2000				ESPAD 2001				ESPAD 2002			
	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio	Approvo	Disapprovo	Non so	Nessun rischio
LSD	11%	84%	5%	2%	10%	86%	4%	2%	13%	83%	4%	1%	11%	84%	5%	2%
Cocaina	10%	87%	3%	2%	11%	86%	3%	2%	12%	84%	4%	2%	12%	84%	4%	2%
Amfetamine	10%	85%	5%	3%	10%	86%	4%	2%	11%	84%	5%	2%	10%	85%	5%	2%
Ecstasy	10%	86%	4%	2%	9%	87%	4%	2%	11%	85%	4%	1%	11%	85%	4%	2%
Sedativi e Tranquillanti	9%	85%	6%	-	10%	83%	7%	-	11%	83%	6%	-	11%	83%	6%	-
Crack	7%	89%	4%	2%	8%	88%	4%	2%	10%	85%	5%	2%	10%	86%	5%	2%
Eroina	6%	90%	4%	-	7%	89%	4%	-	9%	87%	4%	-	9%	87%	4%	-

### L'esperienza del consumo

Nella tabella 4.3 sono riportati i dati relativi a chi ha riferito di aver fatto uso almeno una volta nella vita delle sostanze elencate. Dall'analisi dell'esperienza d'uso riferita dagli studenti nel periodo che va dal 1999 al 2002 si rileva un trend in crescita per ciò che riguarda il consumo di alcol (86% nel 1999 ; 89% nel 2002) che si conferma come la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani. Risultano in aumento anche le esperienze da intossicazione alcolica (il 53% dei giovani intervistati nel 1999, riferisce di essersi "ubriacato almeno una volta"; il 55% nel 2002). Si mantiene costante, se si esclude il piccolo avvio nel '99 del 70%, il consumo di tabacco che si assesta intorno al 68%.

Il consumo riferito di cannabis resta pressoché invariato e si aggira, ad esclusione del 2000 (30%), attorno al 33%. Diminuisce invece l'utilizzo di cannabis assieme all'alcol (32% nel 1999 ; 22% nel 2002).

Tutte le altre sostanze sono riferite come consumate da una parte minore della popolazione studentesca.

In diminuzione il consumo di tranquillanti e sedativi (7% nel 1999; 6% nel 2002), LSD (3,4% nel 1999; 2,3% nel 2002), amfetamine (3,1% nel 1999; 2% nel 2002). Stabili i consumi di inalanti assestati intorno al 6,5% se si fa eccezione per il dato 2001 (5,1%), quelli di ecstasy (3%), in leggero aumento il consumo riferito di cocaina che dopo un piccolo avvio nel 1999 con il 4,8% degli studenti che ne riferiva l'utilizzo, risultava diminuito negli anni successivi (4,1%) e vede un nuovo picco nel 2002 dove è oltre il 5% degli studenti ad affermare di aver provato la sostanza. Leggermente incrementato anche il numero di coloro che riferiscono l'utilizzo di funghi allucinogeni (1,6% nel 1999; 2,1% nel 2002). Il consumo di eroina fumata mostra un andamento non omogeneo con picchi di consumatori nel 2000 (4,2%) e nel 2002 (3,8%). Raddoppiano in quattro anni i consumatori di crack (0,7% nel 1999; 1,4% nel 2002) e si incrementano anche gli studenti che riferiscono di aver assunto droghe iniettate (0,2% nel 1999; 0,5% nel 2002) . Si mantengono stabili i

consumi di steroidi e anabolizzanti (0,7%) e quelli di eroina assunta in maniera diversa dal fumo 0,8%.

Tabella 4.3 – Uso nella vita delle diverse sostanze

	<b>ESPAD 1999</b>	<b>ESPAD 2000</b>	<b>ESPAD 2001</b>	<b>ESPAD 2002</b>
<b>Uso nella vita</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>	<b>si</b>
alcolici	86,5%	89,4%	87,4%	89,0%
tabacco	70,4%	67,9%	67,8%	68,1%
ubriacarsi	52,7%	55,0%	55,2%	54,6%
cannabinoidi	33,3%	30,9%	32,7%	33,5%
alcol e cannabinoidi	32,0%	30,9%	22,1%	21,6%
sedativi e tranquillanti	7,4%	7,5%	6,5%	6,0%
inalanti	6,4%	6,1%	5,1%	6,6%
cocaina	4,8%	4,2%	4,1%	5,1%
alcol insieme a pasticche	3,9%	2,5%	2,0%	2,4%
lsd	3,4%	2,7%	2,2%	2,3%
amfetamine	3,1%	1,5%	2,0%	2,0%
ecstasy	3,1%	3,1%	2,6%	2,7%
eroina fumata	3,1%	4,2%	2,0%	3,8%
funghi allucinogeni	1,6%	1,4%	1,4%	2,1%
eroina assunta in via diversa dal fumo	0,8%	0,8%	0,9%	0,7%
steroidi e anabolizzanti	0,7%	1,1%	0,6%	0,7%
crack	0,7%	0,9%	0,6%	1,4%
droghe iniettate	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%

Il dato riportato nella tabella 4.4 prende in considerazione la prevalenza d'uso riferita del fumo delle sigarette, del consumo di alcol delle ubriacature e dell'uso di cannabis. Il dato relativo agli studi ESPAD degli ultimi 4 anni mostra un decremento di 3 punti percentuale del fumo di sigarette che passa dal 30% al 27% nel periodo considerato e un incremento del consumo di alcol e delle ubriacature che passano da valori inferiori all'80% a valori superiori all'80% per l'alcol, e da valori inferiori al 40% a valori superiori al 40% per le ubriacature. L'uso di cannabis si attesta su un valore intorno al 27% del totale dei ragazzi intervistati

Tabella 4.4 – Diffusione dell'uso di droghe: analisi comparativa

	<b>ESPAD 1999</b>	<b>ESPAD 2000</b>	<b>ESPAD 2001</b>	<b>ESPAD 2002</b>
Fumato sigarette almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni	30%	28%	28%	27%
Consumo di alcolici negli ultimi 12 mesi	79%	82%	79%	83%
Ubriacato negli ultimi 12 mesi	39%	41%	42%	41%
Ha usato cannabis negli ultimi 12 mesi	27%	25%	27%	27%

L'età di prima assunzione delle diverse sostanze, raccolta tramite il questionario ESPAD, prende in considerazione il consumo diversificato del contatto con le varie tipologie di alcol, birra, vino e liquori e il consumo abnorme degli stessi in termini di ubriacature. Nel corso del tempo i dati riferiti ai giovani sull'età di primo contatto con queste sostanze rimane stabile, si evidenzia invece una differenziazione correlata con le sostanze e con

## PARTE 4

l'ubriacarsi, infatti oltre il 65% dei ragazzi intervistati già a 14 anni ha assunto alcol in forma di birra mentre alla stessa età solo il 58% ha assunto alcol in forma di vino. Per l'assunzione di alcolici ad alta gradazione (liquori), bisogna aspettare i 15 anni per superare nella distribuzione dei rispondenti il 54%, stessa cosa accade se si prendono in considerazione le ubriacature in cui il valore mediano della distribuzione cade nella classe di età dei 16 anni (53%). Nei confronti del fumo di sigarette, la classe mediana in cui si raggiunge il 58% della popolazione è quella dei 15enni, ma il fumare sigarette quotidianamente, è molto spostato più in là nell'età; infatti a 16 anni solo il 36% dei ragazzi riferisce di fumare sigarette.

Anche per quanto riguarda le sostanze illegali l'età di primo contatto non sembra variare in relazione all'anno di rilevazione dell'indagine ESPAD, si evidenzia invece, considerando come soglia l'1% della distribuzione della popolazione, l'uso di sedativi e tranquillanti e della cannabis che avviene, per tale quota di soggetti, a 13 anni o meno; la stessa quota dell'1% di studenti che riferiscono il primo uso delle sostanze si colloca a 14 anni per le amfetamine, l'LSD, gli allucinogeni, a 15 per la cocaina e a 16 per l'eroina e l'uso combinato di alcol e pillole. Comparativamente si consideri che a 14 anni è il 7% dei soggetti che riferisce di aver già avuto contatto con la cannabis.

La soglia dell'1% viene raggiunta per l'ecstasy e per il crack a 16 anni. Da sottolineare che a quest'età ha già fatto uso di cannabis il 18% della popolazione e lo stesso dato diventa il 29% l'anno successivo.

In sintesi la tabella 4.5 evidenzia per la popolazione dei giovani scolarizzati fra i 15 ed i 19 anni di età, un contatto precoce e consistente (più del 50% dei ragazzi) con l'alcol, e l'attivazione di un comportamento di uso abnorme della stessa sostanza leggermente spostato di due anni nel tempo (53% dei ragazzi riferisce di essersi ubriacato almeno una volta entro i 16 anni).

Per quello che riguarda il fumo di sigarette, il contatto consistente sembra avvenire entro i 15 anni, 58% della popolazione rispondente, che sale al 68% l'anno successivo.

Rispetto alle sostanze illegali il primo contatto avviene per circa l'1% dei casi entro i 15-16 anni ad eccezione dell'uso di cannabis e di sedativi e tranquillanti che avvengono invece, anche in questo caso, per l'1% della popolazione entro i 12 anni.

Tali elementi formativi possono essere utilizzati al fine della programmazione di interventi di prevenzione primaria specifici che vadano ad interagire con la popolazione target in fasce di età relativamente più precoci a quelle sopraindicate.

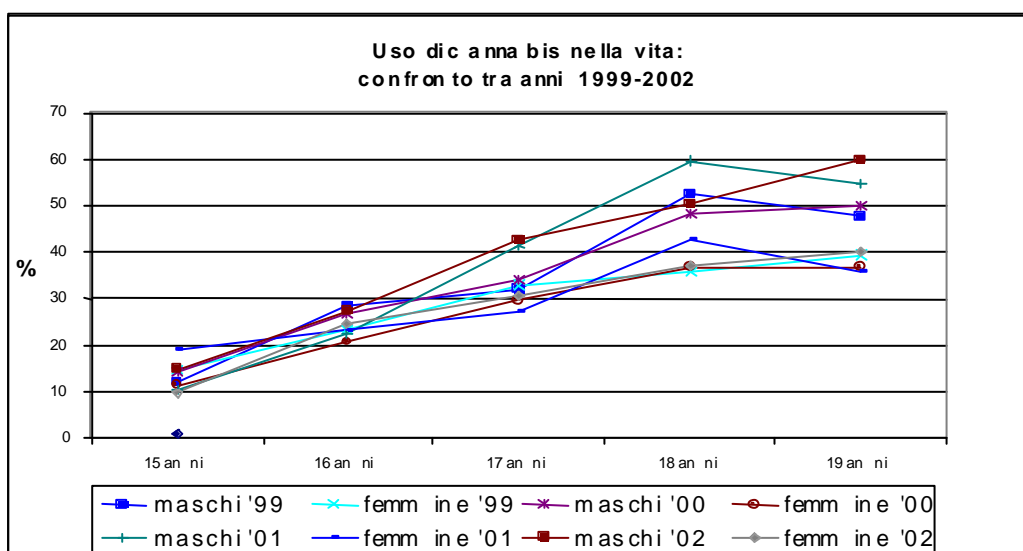


Tabella 4.5 Età di prima assunzione

	A 11 anni o meno				A 12 anni				A 13 anni				A 14 anni				A 15 anni				A 16				
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002	1999
Bere birra	18%	18%	23%	18%	14%	13%	16%	14%	16%	15%	14%	16%	17%	18%	16%	17%	10%	12%	10%	10%	8%	8%			
Bere vino	23%	24%	25%	21%	11%	11%	12%	11%	12%	11%	11%	13%	12%	13%	12%	12%	8%	8%	10%	8%	7%	7%			
Bere liquori	5%	5%	8%	6%	7%	6%	8%	6%	10%	10%	13%	11%	15%	18%	15%	17%	14%	14%	14%	15%	14%	14%			
Ubriacarti	1%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	5%	5%	5%	5%	12%	12%	12%	13%	14%	14%	14%	13%	18%	18%			
Fumare la prima sigaretta	7%	6%	9%	7%	11%	9%	9%	8%	13%	13%	13%	13%	17%	18%	16%	18%	12%	11%	12%	11%	10%	9%			
Fumare sigarette quotidianamente	1%	-	1%	1%	2%	1%	1%	1%	4%	4%	3%	4%	10%	8%	7%	9%	9%	9%	10%	9%	12%	11%			
Provare amfetamine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	-	1%	1%	1%	1%	1%	-	1%	1%			
Provare sedativi e tranquillanti	-	-	1%	-	-	-	-	-	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%			
Provare cannabinoidi	-	-	1%	-	1%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	7%	6%	7%	6%	9%	8%	7%	8%	10%	10%			
Provare LSD o altri allucinogeni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	-	-	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%			
Provare crack	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Provare cocaina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	1%	1%	1%	3%	3%			
Provare ecstasy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	2%			
Provare eroina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	1%			
Provare alcol insieme a pillole	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	-	-	1%	1%	1%	-	1%	1%	1%			

Il grafico 4.1 descrive il consumo di cannabis nella vita per singole classi di età e per sesso; si evidenzia che per età inferiori o uguali ai 16 anni il consumo medio si attesta su valori rispettivamente del 15% e del 25% non mettendo in evidenza differenze attribuibili al sesso nei diversi anni considerati, solamente a partire dai 17 anni si evidenziano comportamenti differenziati nei due sessi con una prevalenza maggiore nel sesso maschile rispetto a quella femminile e con un trend di crescita in relazione ai differenti anni di effettuazione dello studio dal 1999 al 2000.

Grafico 4.1 Esperienza d'uso di cannabis nella vita: confronti 1999-2002



Di seguito viene riportata la tabella standard dell'EMCDDA relativa agli studi di prevalenza sulla popolazione scolari tra i 15 e i 19 anni di età. Nel caso dell'Italia i dati fanno riferimento allo studio ESPAD/CNR del 2002.

## PARTE 4

**ESPAD 2002 NAZIONALE: Tabella standard EMCDDA 02**

PAESE: Italia	Campione totale		PREVALENZA NELLA VITA															
SOSTANZE Importante: vedere "definizione delle sostanze" nel riquadro Metodologia)	16.934			15 - 19 anni														
	M	F	T	15 anni			16 anni			17 anni			18 anni			19 anni		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	40,3	29,0	34,0	16,2	11,2	13,4	28,2	24,8	26,3	42,9	30,4	35,8	51,1	37,4	43,1	60,1	40,2	49,7
2. cannabinoidi	39,7	28,6	33,6	14,9	9,9	12,1	27,3	24,6	25,8	42,6	30,5	35,6	50,4	37,1	42,7	59,8	40,1	49,5
3. Eroina fumata	4,6	3,2	3,8	3,5	2,3	2,8	4,1	4,1	4,1	4,8	2,6	3,6	5,5	3,4	4,2	5,1	3,4	4,2
4. Eroina presa in modo diverso dal fumo	1,0	0,6	0,8	0,2	0,6	0,4	0,7	0,4	0,5	0,8	0,6	1,4	0,4	0,8	1,9	0,7	1,3	
5. Droghe iniettate con la siringa	0,7	0,4	0,5	0,2	0,2	0,5	0,2	0,3	0,5	0,6	0,5	0,8	0,4	0,6	1,1	0,5	0,8	
6. Cocaina	7,4	3,1	5,0	1,9	0,4	1,0	2,6	1,8	2,1	6,1	3,2	4,4	11,0	5,1	7,6	14,3	5,0	9,4
7. Crack	2,2	0,7	1,4	1,6	0,2	0,8	1,7	0,4	1,0	2,8	0,8	1,6	3,8	1,0	2,2	1,5	1,0	1,3
8. Amfetamine	2,6	1,6	2,0	1,2	0,4	0,7	1,2	1,0	1,1	2,8	1,3	1,9	4,1	3,0	3,4	3,6	2,2	2,9
9. ecstasy	3,7	1,8	2,7	2,1	0,8	1,4	1,9	1,6	1,7	4,0	1,5	2,6	4,7	3,3	3,9	5,6	2,1	3,8
10. LSD	3,3	1,5	2,3	1,2	-	0,5	1,4	1,4	1,4	2,5	0,9	1,6	4,1	2,8	3,3	6,4	2,2	4,2
11. Funghi allucinogeni	2,9	1,4	2,1	0,7	-	0,3	1,7	2,0	1,8	2,3	0,9	1,5	4,4	2,4	3,2	5,3	1,5	3,3
12. Ipnotici e sedativi (totale)	4,4	7,3	6,0	2,8	4,9	4,0	5,5	7,8	6,8	4,3	6,8	5,7	4,1	8,1	6,4	5,3	8,8	7,1
13. Solventi	8,4	5,1	6,6	4,9	2,3	3,5	3,9	4,0	3,9	7,2	5,7	6,4	10,2	6,2	7,9	14,2	7,1	10,5
14. Steroidi	1,4	0,3	0,8	0,7	-	0,3	1,7	0,6	1,1	1,5	0,2	0,8	2,2	0,2	1,0	0,9	0,3	0,6

PAESE	Campione totale		PREVALENZA NEGLI ULTIMI 12 MESI															
SOSTANZE Importante: vedere "definizione delle sostanze" nel riquadro Metodologia)	16.934			15 - 19 anni														
	M	F	T	15 anni			16 anni			17 anni			18 anni			19 anni		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	32,3	21,8	26,5	11,2	8,3	9,6	24,3	19,8	21,9	38,0	23,1	29,5	40,9	29,0	34,0	45,6	28,2	36,5
2. cannabinoidi	32,1	21,8	26,4	10,7	7,4	8,9	23,6	19,1	21,1	37,8	23,6	29,7	40,6	29,5	34,2	45,7	28,8	36,9
3. Eroina fumata	3,4	2,2	2,8	2,8	1,9	2,3	3,1	3,5	3,3	4,1	1,9	2,8	3,6	2,0	2,6	3,6	1,9	2,7
4. Eroina presa in modo diverso dal fumo	1,0	0,7	0,8	0,9	0,6	0,7	0,7	0,2	0,4	0,5	1,3	1,0	1,7	1,0	1,3	1,1	0,3	0,7
5. Droghe iniettate con la siringa	0,6	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,7	-	0,3	0,8	0,4	0,5	-	0,6	0,3	1,1	0,2	0,6
6. Cocaina	4,8	2,1	3,3	0,7	0,2	0,4	2,6	1,2	1,8	3,1	1,9	2,4	8,3	3,7	5,6	8,9	3,3	6,0
7. Crack	1,6	0,5	1,0	1,2	0,2	0,6	1,9	0,2	1,0	1,8	0,6	1,1	2,2	1,2	1,6	1,3	0,5	0,9
8. Amfetamine	1,7	0,8	1,2	1,2	0,2	0,6	1,0	0,2	0,5	1,5	0,6	1,0	2,8	2,0	2,3	2,1	1,2	1,6
9. ecstasy	2,1	1,1	1,5	1,2	0,6	0,8	1,7	0,4	1,0	2,3	1,1	1,6	2,8	2,8	2,8	2,5	0,7	1,5
10. LSD	1,9	0,9	1,3	0,5	-	0,2	1,7	0,8	1,2	1,0	0,8	0,9	2,5	1,4	1,8	3,4	1,4	2,3
11. Funghi allucinogeni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Ipnotici e sedativi (totale)	2,0	4,1	3,2	1,2	3,4	2,4	2,9	4,5	3,8	1,8	3,2	2,6	1,9	4,3	3,3	2,1	5,2	3,7
13. Solventi	5,7	3,1	4,2	3,2	1,4	2,2	2,7	3,0	2,9	5,8	2,9	4,2	5,6	4,3	4,8	10,2	3,7	6,8
14. Steroidi	1,1	0,3	0,7	0,5	-	0,2	1,9	0,4	1,1	1,5	0,4	0,9	1,1	0,6	0,8	0,8	-	0,4

PAESE	Campione totale		PREVALENZA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI															
SOSTANZE Importante: vedere "definizione delle sostanze" nel riquadro Metodologia)	16.934			15 - 19 anni														
	M	F	T	15 anni			16 anni			17 anni			18 anni			19 anni		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. cannabinoidi	22,3	13,9	17,6	7,3	4,5	5,7	14,7	13,1	13,8	26,9	16,5	20,9	28,9	18,4	22,8	32,2	16,8	24,2
2. ecstasy	1,3	0,6	0,9	0,9	0,2	0,5	1,2	0,2	0,7	2,0	0,6	1,2	1,7	1,6	1,6	1,0	0,7	0,8
3. Solventi	3,2	0,9	1,9	2,0	0,2	1,0	1,5	1,8	1,7	2,9	0,6	1,6	4,0	1,2	2,4	5,3	0,9	3,0

Gli elementi più rilevanti sono stati presi in considerazione nelle tavole di dettaglio e di analisi dei trend storici relativi all'ultimo quadriennio già presentate e commentate. La tavola serve quindi a permettere un eventuale confronto con le stesse tipologie di dati presentati nelle precedenti Relazioni al Parlamento o nelle precedenti relazioni all'Osservatorio epidemiologico europeo di Lisbona (EMCDDA).

Il progetto IPSAD

La prima indagine nazionale IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drugs) è iniziata nel 2001 e si è conclusa nel 2002. L'indagine è stata condotta sulla popolazione generale di età compresa tra 15 e 44 anni, con l'obiettivo di stimare la proporzione di soggetti che fa uso di alcol, tabacco ed altre sostanze psicotrope, legali o illegali, in determinati intervalli di tempo e relativamente alla totalità degli individui residenti in una determinata area geografica.

L'indagine IPSAD è stata realizzata dalla Sezione di Epidemiologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche su incarico del Dipartimento degli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Essa rappresenta il primo studio campionario, sulla popolazione generale, condotto a livello nazionale sull'uso di sostanze psicotrope ed è stato svolto sulla base di metodologie e strumentazioni standard proposte dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze (EMCDDA), così da poter ottenere risultati il più possibile confrontabili con gli altri paesi europei.

#### Le caratteristiche campionarie dei rispondenti

Il campione di individui su cui è stata condotta l'indagine è stato definito in base ad un disegno campionario stratificato a più stadi. Inizialmente le province italiane sono state raggruppate in cluster omogenei secondo una serie di indicatori riguardanti sia caratteristiche socio-demografiche che caratteristiche relative al fenomeno droga. All'interno di ogni cluster sono poi stati presi in considerazione tutti i comuni che appartengono alle province incluse nel cluster e stratificati in base alla definizione "metropolitani"/"non metropolitani".

Secondo questa definizione i primi sono i comuni con più alta densità abitativa e/o limitrofi a grandi centri urbani ed i secondi quelli con più bassa densità abitativa e/o distanti dai grandi centri urbani. Inoltre i comuni sono stati disaggregati in base all'area geografica di appartenenza: Nord, Centro e Sud. In modo casuale sono stati estratti una serie di comuni da ognuna delle celle campionarie ottenute a cui sono state chieste altrettante liste anagrafiche della popolazione residente; è stato così possibile disporre di elenchi aggiornati da cui estrarre i nominativi degli individui a cui somministrare il questionario per via postale.

I soggetti sono stati anch'essi estratti in modo casuale rispettando le proporzioni a livello di area geografica rispetto ad età e sesso. Il questionario è stato inviato a 12.000 individui, che dovevano compilare e rispedire in sede il questionario, in modo anonimo. Con un tasso di risposta del 48,2%, sono stati recapitati 6.000 questionari correttamente compilati; gli individui rispondenti ben si distribuiscono all'interno delle celle di stratificazione del campione.

Di seguito si analizzano alcune caratteristiche dei soggetti che hanno risposto al questionario postale. Nella tabella 4.6 è possibile esaminare la distribuzione percentuale secondo le variabili di stratificazione dell'ultimo stadio di campionamento: sesso ed età. La popolazione raggiunta risulta equamente distribuita secondo il sesso rispetto alle varie classi di età, se confrontato col totale marginale di colonna; eccetto che per le classi 25-29 anni, in cui gli

## PARTE 4

uomini sono sottorappresentati e le donne sovrarappresentate, e viceversa per quella più elevata, relativa ai 40-44enni.

Tabella 4.6 Distribuzione per sesso ed età dei soggetti rispondenti

Sesso dei rispondenti all'interno delle classi d'età (%)			
	Maschi	Femmine	Totale.
<b>15-19</b>	13,1	13,5	13,3
<b>20-24</b>	12,5	13,7	13,1
<b>25-29</b>	16,3	18,1	17,2
<b>30-34</b>	18,8	18,4	18,6
<b>35-39</b>	18,4	19,0	18,7
<b>40-44</b>	20,9	17,3	19,0
<b>Tot.</b>	100,0	100,0	100,0

Anche analizzando la distribuzione rispetto all'area geografica di residenza, gli individui di sesso maschile del campione risultano distribuiti allo stesso modo che le femmine (tabella 4.7).

Tabella 4.7 Distribuzione per sesso ed area geografica dei soggetti rispondenti

Sesso degli intervistati all'interno dell'area geografica(%)			
	M	F	Tot.
<b>Nord-ovest</b>	15,9	15,3	15,6
<b>Nord-est</b>	28,1	29,2	28,7
<b>Centro</b>	29,2	29,2	29,2
<b>Sud</b>	17,0	16,2	16,6
<b>Isole</b>	9,8	10,1	10,0
<b>Tot.</b>	100,0	100,0	100,0

Nella tabella 4.8 si ha la distinzione tra comuni "metropolitani" e comuni "non metropolitani" di residenza. Si osserva che giovani che hanno aderito maggiormente all'indagine risiedono più nei piccoli comuni che nei grossi centri.

Tabella 4.8 Distribuzione per sesso classi d'età ed tipo di comune di residenza dei soggetti rispondenti

	Sesso degli intervistati, secondo il tipo di comune di residenza (%)			Classe d'età degli intervistati, secondo il tipo di comune di residenza (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
<b>Comuni metropolitani</b>	59,6	59,6	59,6	54,5	61,9	61,0	59,6
<b>Comuni non metropolitani</b>	40,4	40,4	40,4	45,5	38,1	39,0	40,4
<b>Totale</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

I dati riferiti sul fumo di sigarette, sull'alcol e sui farmaci

Il fenomeno del tabagismo tra la popolazione 15-44 anni intervistata, registra un 44,2% di persone che riferisce di non aver mai fumato in vita loro (e di questi il 58,3% sono donne), al momento dell'indagine i fumatori risultano essere il 31,1% della popolazione, e questi sono prevalentemente soggetti con più di 25 anni e, quasi indistintamente, sia uomini che donne (rispettivamente, il 53,8% e il 46,2%). L'analisi dell'intensità del tabagismo evidenzia che il 41% dei fumatori intervistati, dichiara di fumare poco (meno di 5 sigarette al giorno), il 22% dichiara di fumare sia da 6 a 19 sigarette al giorno, mentre il 14,6% è rappresentato dai fumatori di più di un pacchetto al giorno. Il fenomeno è variabile rispetto all'età e al sesso: fumano di più gli uomini rispetto alle donne e di più gli adulti rispetto ai giovani (tabella 4.9).

Tabella 4.9 – Consumo di sigarette distribuito per sesso e per classe d'età

	Numero medio di sigarette fumate in un giorno, distinto per sesso (%)			Numero medio di sigarette fumate in un giorno, distinto per classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
Da 1 a 5 sigarette	47,5	52,5	41,0	34,4	35,4	30,2	41,0
Da 6 a 10 sigarette	48,2	51,8	22,3	26,5	40,9	32,7	22,3
Da 11 a 20 sigarette	60,4	39,6	22,1	18,4	42,7	38,8	22,1
Oltre le 20 sigarette	67,5	32,5	14,6	14,2	30,2	55,6	14,6
Totale	53,4	46,6	100	26,1	37,5	36,4	100

Relativamente all'età di primo uso, si rileva che ben un terzo degli intervistati ha iniziato a fumare prima dei 15 anni (e questi sono per il 60% maschi), il 37% circa ha iniziato tra i 15 e i 16 anni (e questi sono per il 54% femmine), il 25% ha iniziato entro i 18 anni (quasi indistintamente, sia per i maschi che per le femmine) e solo un 3,7% ha iniziato "da maggiorenne" (anche in questo caso sia per i maschi che per le femmine). L'analisi per sesso (tabella 4.10) evidenzia che mentre le femmine iniziano prevalentemente più tardi rispetto ai maschi, cioè verso i 15-16 anni (rispettivamente, 40,8% vs. 33,2%), i ragazzi iniziano prevalentemente a fumare entro i 14 anni (39,4%).

Tabella 4.10– Età di primo utilizzo distribuita per sesso

Età di primo uso di sigarette, secondo il sesso (%)			
	M	F	Tot.
prima dei 15 anni	39,4	27,6	33,6
15-16 anni	33,2	40,8	36,9
17-18 anni	24,0	27,6	25,7
oltre i 18 anni	3,4	4,1	3,7
Totale	51,2	48,8	100

Il consumo di bevande alcoliche nel campione studiato della popolazione italiana, registra che, complessivamente, il 79,7% ha bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni, comportamento prevalentemente "maschile" (l'88,6%) e

## PARTE 4

“adulto” (l’uso di alcolici è proprio del 76,3% dei 15-24enni, mentre tra i 35-44enni lo è per l’81,6%). Si osserva che la quota di soggetti che bevono aumenta all’aumentare dell’età (tabella 4.11).

Tabella 4.11 – Consumo di alcol distribuito per sesso e per classe d’età

	Bevuto negli ultimi 30 giorni secondo il sesso (%)			Bevuto negli ultimi 30 giorni secondo la classe d’età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
No	11,4	28,0	20,3	23,7	19,7	18,4	20,3
Si	88,6	72,0	79,7	76,3	80,3	81,6	79,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

L’analisi effettuata sui soggetti che hanno dichiarato di bere alcolici, evidenzia che, relativamente all’età, tra i giovanissimi (15-19 anni) che bevono, la quota maggiore è costituita dalle ragazze (51,3% vs. 48,7% dei ragazzi), mentre nelle classi più adulte (40-44 anni) la maggioranza è costituita dagli uomini (57,3% vs. il 42,7% delle donne); nelle altre classi d’età si osservano sostanzialmente equidistribuzioni tra i generi. L’analisi effettuata separatamente per i due sessi evidenzia che mentre per gli uomini la classe modale è rappresentata dagli over 40 (racchiude il 21,4% degli uomini), per le donne la classe d’età in cui si beve maggiormente (25% delle rispondenti) è quella delle 35-39enni (tabella 4.12). Come già precedentemente evidenziato, considerando le classi d’età quinquennali, si può osservare ancor meglio che, sia a livello complessivo che per i maschi il comportamento legato al bere aumenta all’aumentare dell’età.

Tabella 4.12 – Consumo di alcol ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d’età

	Età (in classi quinquennali) dei soggetti che hanno dichiarato di aver bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni, secondo il sesso (%)			Età (in classi quinquennali) dei soggetti che hanno dichiarato di aver bevuto alcolici negli ultimi 30 giorni, per sesso (%)		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.
15-19 anni	11,3	12,7	12,0	48,7	51,3	100,0
20-24 anni	12,9	13,7	13,3	50,1	49,9	100,0
25-29 anni	16,8	18,3	17,5	49,5	50,5	100,0
30-34 anni	19,2	18,0	18,6	53,3	46,7	100,0
35-39 anni	18,5	20,2	19,3	49,6	50,4	100,0
40-44 anni	21,4	17,1	19,3	57,3	42,7	100,0
Totale	100,0	100,0	100,0	51,7	48,3	100,0

Proseguendo nella caratterizzazione dei consumatori di vino, si evidenzia (tabella 4.13) che mentre coloro che non lo consumano o ne fanno un uso molto sporadico (1 volta al mese) sono prevalentemente le donne e i giovani (quelli che non hanno mai bevuto vino negli ultimi 30 giorni sono per il 46% i 15-24enni, mentre chi ha bevuto vino 1 sola volta sono per il 38,3% i 25-34enni), i soggetti che, invece, ne fanno un uso più sostenuto (1-3 volte la

settimana e 4 volte la settimana o più spesso) risultano essere prevalentemente gli uomini e gli adulti.

Tabella 4.13 – Consumo di vino ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d'età

	Frequenza con cui si è bevuto <b>vino</b> negli ultimi 30 giorni, distinta per sesso (%)			Frequenza con cui si è bevuto <b>vino</b> negli ultimi 30 giorni, distinta per classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
Mai	42,2	57,8	15,0	46,0	31,0	23,0	15,0
1 volta nei 30 giorni	38,5	61,5	17,2	31,8	38,3	29,9	17,2
2-3 volte nei 30 giorni	46,7	53,3	29,7	25,3	41,4	33,4	29,7
1-3 volte la settimana	64,0	36,0	19,9	19,0	39,5	41,5	19,9
4 volte la settimana o più spesso	66,8	33,2	18,2	8,5	26,8	64,8	18,2
Totale	51,7	48,3	100	25,2	36,3	38,5	100

La birra risulta meno bevuta rispetto al vino: i soggetti che non l'hanno bevuta negli ultimi 30 giorni sono il 25,5%, a fronte del 15% dei non bevitori di vino, mentre i forti bevitori (4 volte o più spesso la settimana) di birra sono il 4% circa, a fronte del 18,2% di coloro che bevono vino con la stessa frequenza. Anche il consumo di birra risulta associato al sesso, e in modo progressivo: l'intensità del consumo per le donne è decisamente bassa e decrescente, mentre per gli uomini l'intensità è prevalentemente alta e crescente. Si conferma, così, la relazione osservata per il consumo di vino in relazione al sesso (i "piccoli" consumatori sono prevalentemente donne, mentre coloro che la bevono più frequentemente sono prevalentemente uomini, e ciò in modo ancor più costante). Infine, non si registrano particolari relazioni in base alla classe d'età (tabella 4.14).

Tabella 4.14 – Consumo di birra ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d'età

	Frequenza con cui si è bevuto <b>birra</b> negli ultimi 30 giorni, distinta per sesso (%)			Frequenza con cui si è bevuto <b>birra</b> negli ultimi 30 giorni, distinta per classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
Mai	35,5	64,5	<b>25,5</b>	26,1	34,0	39,8	<b>25,5</b>
1 volta nei 30 giorni	43,1	56,9	21,8	25,1	34,6	40,3	21,8
2-3 volte nei 30 giorni	56,8	43,2	31,2	25,2	37,3	37,5	31,2
1-3 volte la settimana	71,7	28,3	17,7	25,0	38,7	36,2	17,7
4 volte la settimana o più spesso	77,6	22,4	<b>3,9</b>	24,1	37,9	37,9	<b>3,9</b>
Totale	51,8	48,2	100	25,3	36,2	38,5	100

Relativamente ai liquori e/o superalcolici (tabella 4.15), altrettanto meno consumati a livello complessivo (i soggetti che non ne hanno bevuti negli ultimi 30 giorni sono il 44,6%, mentre i forti bevitori - 4 volte o più spesso la settimana - sono solo l'1,3%), si osserva anche in questo caso la stessa dinamica evidenziata per i consumatori di birra: l'intensità del consumo per le donne è decisamente bassa e decrescente, mentre per gli uomini l'intensità è prevalentemente alta e crescente. In questo modo, i "modici" consumatori

## PARTE 4

sono prevalentemente donne, mentre coloro che bevono superalcolici più frequentemente sono prevalentemente uomini (il 90% circa di chi beve 4 volte o più spesso la settimana è costituito da uomini) e anche in questo caso non si segnalano particolarità legate alla classe d'età (se non che più dei 75% dei forti bevitori di superalcolici è costituito dai soggetti più adulti).

Tabella 4.15 – Consumo di superalcolici ultimi 30 giorni distribuito per sesso e per classe d'età

	Frequenza con cui si è bevuto liquori e/o superalcolici negli ultimi 30 giorni, distinta per sesso (%)			Frequenza con cui si è bevuto liquori e/o superalcolici negli ultimi 30 giorni, distinta per classe d'età (%)			
	M	F	Tot.	15-24	25-34	35-44	Tot.
Mai	41,9	58,1	<b>44,6</b>	22,3	34,8	42,9	<b>44,6</b>
1 volta nei 30 giorni	50,9	49,1	25,1	26,1	37,7	36,2	25,1
2-3 volte nei 30 giorni	62,3	37,7	22,2	29,2	38,3	32,5	22,2
1-3 volte la settimana	77,2	22,8	6,8	30,2	38,1	31,7	6,8
4 volte la settimana o più spesso	<b>89,5</b>	10,5	<b>1,3</b>	15,8	15,8	<b>68,4</b>	<b>1,3</b>
Totale	51,7	48,3	100	25,2	36,3	38,5	100

Relativamente alle modalità di uso/abuso di alcolici, si segnala che a fronte di un 22,4% di soggetti che dichiarano di bere un po' tutti i giorni della settimana (e di questi il 75% sono uomini e il 53,6% risultano essere 35-44enni), si registra che ben il 46,4% beve nel fine settimana, sostanzialmente in egual misura sia gli uomini che le donne (rispettivamente, il 53,5% vs. il 46,5%) e prevalentemente tra i giovani di età 25-34 anni (38,5%).

Se si considera il bere legato alle abitudini alimentari, il 62,3% dichiara di bere durante i pasti: questi risultano costituiti per il 55,5% dagli uomini e per il 44,5% dalle donne, e sono prevalentemente adulti (tale modalità raccoglie il 47,9% nella classe d'età 35-44 anni). Inoltre l'uso di alcolici fuori dai pasti caratterizza un il 18,9% degli intervistati, costituito per il 75% circa da uomini e per il 38% circa da giovani (sia la classe 15-24 anni che quella 25-34 anni, mentre nella classe d'età 35-44 tale consumo riguarda il 23,1%).

Relativamente all'uso di farmaci tra la popolazione, risulta che il 22,5% della popolazione ha fatto uso di sedativi e/o tranquillanti, ma di questi ben l'81,4% li ha presi solo dietro prescrizione medica, mentre il 9,3% li ha presi sia senza prescrizione medica che in entrambi i modi. Quest'ultimo gruppo è composto dal 60% da donne e per il 44,6% da soggetti in età 25-34 anni.



### L'uso riferito delle sostanze illegali

Infine, un'altra specifica area del questionario è quella relativa all'uso di sostanze illegali tra la popolazione. Per osservare tale fenomeno si riporta di seguito una tabella che riassume ciò in funzione di sesso ed età (in classi), relativamente all'esperienza d'uso nella vita (LTE life time experience), durante l'ultimo anno (LYE last year experience) e durante l'ultimo mese (LME last month experience). Questa tabella costituisce una delle tavole standard dell'Osservatorio Europeo (EMCDDA).

I valori più alti si registrano in merito all'esperienza d'uso nella vita (LTE), in quanto, come risulta dalla tabella 4.16, molti soggetti che hanno utilizzato (una o più volte) tali tipi di droghe nel passato al momento dell'indagine hanno ormai interrotto tale uso.

Si confronti, infatti, l'uso nella vita rispetto all'uso nell'ultimo anno (LYE) di cannabinoidi (rispettivamente, 21,9% vs. 6,2%), cocaina (3,4% vs. 1,1%), ecstasy (1,8% vs. 0,2%), allucinogeni (1,5% vs. 0,2%) e amfetamine (1,5% vs. 0,1%): tali dati evidenziano come a fronte di discrete quote d'uso di sostanze nella vita (soprattutto per i cannabinoidi, ma in misura minore anche la cocaina), l'uso nell'ultimo anno di sostanze illecite sia decisamente basso.

Tuttavia, se si registrano bassi valori a livello complessivo (popolazione 15-44), andando ad analizzare l'uso nell'ultimo anno per classi d'età, si evidenzia che soprattutto tra i ragazzi (maschi fino ai 24 anni) l'uso è presente per il 15% circa di questi (a fronte dell'8,7% delle coetanee, mentre nel LTE tale divario non è così marcato, facendo registrare il 27,2% vs. il 18,9%).

Andando ad analizzare, poi, il consumo di sostanze nell'ultimo mese (LME) si ottiene una misura ancora più precisa di quello che si può considerare l'uso corrente di sostanze tra la popolazione: a questo proposito, se si registrano bassi valori in merito all'uso di sostanze quali cocaina (0,7%), ecstasy e allucinogeni (entrambe prossime allo 0,2%), il consumo di cannabinoidi risulta contenuto a livello generale (4,4% tra la popolazione 15-44 anni), ma tuttavia frequente a livello giovanile, soprattutto maschile (il 12,2% dei ragazzi d'età 15-24 usano cannabinoidi, mentre la quota di ragazze coetanee è di circa la metà; considerando la classe d'età 25-34 anni l'uso tra i maschi è ancor più frequente che tra le femmine, registrando il 7,5% vs. il 2,7%).

L'età di primo uso di cannabinoidi, invece, non evidenzia differenze sostanziali in base al sesso: tra i 15-24enni sia i ragazzi che le ragazze hanno iniziato prevalentemente tra i 15 e i 16 anni (rispettivamente, il 43,2% dei ragazzi e il 39,2% delle ragazze) mentre tra i giovani più adulti (25-34 anni) l'età prevalente in cui si è iniziato è la classe 17-18, che raccoglie il 32,2% dei maschi e i 28,4% delle femmine.

Pur non tralasciando "l'effetto memoria" (è possibile che tra i più adulti si tenda a "ritardare" la data di primo utilizzo), questo dato evidenzia che, a prescindere dalle differenze tra i sessi nell'uso di cannabinoidi, più frequente tra i ragazzi rispetto alle ragazze, l'età di "avvicinamento" alla sostanza non è precedente per i maggiori assuntori (i maschi, appunto) ma è sostanzialmente la medesima per entrambi i sessi.

## PARTE 4

Infine, si segnala che relativamente ai soggetti che nella loro vita hanno utilizzato sostanze illegali, nella distinzione tra “grandi” e “piccoli comuni” di residenza degli intervistati, l’uso di tutte le sostanze indicate è sempre maggiore nei capoluoghi (e ciò sempre in misura maggiore per i maschi), tranne che per l’eroina, i cui assuntori risultano essere nella medesima percentuale (1%) residenti sia nei grandi che nei piccoli comuni.

Tabella 4.16 – EMCDDA Tabella standard uso di sostanze illegali tra la popolazione generale

USO DI SOSTANZE ILLEGALI TRA LA POPOLAZIONE GENERALE (%)															
SOSTANZE	Totale adulti			Giovani adulti			Grandi classi di età								
	PREVALENZA NELLA VITA (Lifetime) (%)			PREVALENZA NEGLI ULTIMI 12 MESI (%)			15-24			25-34			35-44		
	15-44			15-34			15-24			25-34			35-44		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	28,4	16,9	22,2	32,5	18,4	24,7	27,5	19,1	22,8	35,9	17,9	26	22,5	14	18,2
2. cannabinoidi	28,1	16,6	21,9	32,3	18,3	24,5	27,2	18,9	22,6	35,8	17,9	25,9	21,9	13,3	17,6
3. oppiacei (totale)	1,3	0,6	0,9	1,4	0,7	1	1	1	1	1,7	0,4	0,9	1,2	0,6	0,9
4. cocaina (totale, incluso crack)	4,7	2,4	3,4	5,4	3	4	3	1,8	2,3	7,1	3,8	5,2	3,5	1,2	2,3
5. amfetamine	2	1	1,5	2,2	0,8	1,4	1,3	0,3	0,7	2,9	1,1	1,9	1,6	1,5	1,6
6. ecstasy	2,2	1,4	1,8	3,5	1,9	2,6	1,3	1,6	1,5	5	2,1	3,4	0,4	0,4	0,4
7. allucinogeni (totale)	2,4	0,8	1,5	3,2	0,8	1,8	3,4	0,8	1,9	3,1	0,8	1,8	1,2	0,8	1
8. solventi	1	0,7	0,8	1,4	0,8	1	1,7	0,8	1,2	1,2	0,8	1	0,4	0,6	0,5

SOSTANZE	Totale adulti			Giovani adulti			Grandi classi di età								
	PREVALENZA NEGLI ULTIMI 12 MESI (%)			PREVALENZA NEGLI ULTIMI 12 MESI (%)			15-24			25-34			35-44		
	15-44			15-34			15-24			25-34			35-44		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	8,4	4,7	6,4	12,8	6,7	9,4	15,4	8,9	11,8	11,1	5,1	7,8	1,9	1,1	1,5
2. cannabinoidi	8,1	4,5	6,2	12,6	6,5	9,2	15,1	8,7	11,5	10,8	4,9	7,6	1,7	1	1,3
3. oppiacei (totale)	0,6	0,3	0,5	1	0,3	0,6	1	0,5	0,7	0,9	0,2	0,5	0,2	0,2	0,2
4. cocaina (totale, incluso crack)	1,6	0,7	1,1	2,6	0,9	1,7	2,7	1,1	1,8	2,6	0,8	1,6	-	0,2	0,1
5. amfetamine	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	0,3	0,1	0,2	-	0,1	-	-	-
6. ecstasy	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	-	0,3	0,1	0,7	0,2	0,4	-	-	-
7. allucinogeni (totale)	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,7	0,3	0,4	0,2	-	0,1	-	-	-
8. solventi	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	-	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	-	0,1

SOSTANZE	Totale adulti			Giovani adulti			Grandi classi di età								
	PREVALENZA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI (%)			PREVALENZA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI (%)			15-24			25-34			35-44		
	15-44			15-34			15-24			25-34			35-44		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1. qualsiasi sostanza illegale	6,1	3,4	4,6	9,7	4,6	6,9	12,2	6,8	9,2	7,9	3	5,2	1	1	1
2. cannabinoidi	5,9	3,1	4,4	9,4	4,4	6,6	12,2	6,8	9,2	7,5	2,7	4,8	0,8	0,8	0,8
3. oppiacei (totale)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
4. cocaina (totale, incluso crack)	1	0,5	0,7	1,5	0,7	1,1	1,4	1,1	1,2	1,6	0,4	1	-	-	-
5. amfetamine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. ecstasy	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	-	0,3	0,1	0,7	-	0,3	-	-	-
7. allucinogeni (totale)	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,2	0,7	0,3	0,4	0,2	-	0,1	-	-	-
8. solventi	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	-	-	-	0,2	0,2	0,2	0,2	-	0,1

### Stime dei soggetti con problemi legati all’uso di droghe

Quanto riportato nel seguito prende in considerazione le stime di prevalenza dei soggetti consumatori di eroina (la quota sommersa di utilizzatori) secondo i metodi concordati nei gruppi di ricerca e valutazione dell’Osservatorio europeo (EMCDDA), da applicare ai flussi informativi attivi a livello nazionale e relativi alla quota emergente di utilizzatori che hanno impatto con le strutture territoriali. Tali stime vengono realizzate da due gruppi di ricerca italiani che collaborano con l’Osservatorio europeo a tale proposito

(Dipartimento di Matematica - Università di Roma "Tor Vergata" e Sezione di Epidemiologia dell'IFC – CNR).

E' evidente che l'analisi descrittiva di un fenomeno così complesso come quello riguardante l'uso problematico di sostanze illegali, trova un punto fondamentale nella parte che concerne i metodi sviluppati per determinare, a partire dai dati raccolti dalle varie istituzioni coinvolte, l'effettiva consistenza numerica della popolazione in studio. L'utilizzo di dati raccolti in maniera routinaria dalle agenzie territoriali che a vario titolo si occupano del fenomeno droga, dati che confluiscono, in Italia, nei flussi ministeriali pertinenti, permette infatti, adottando le metodologie di calcolo adeguate, di stimare il numero totale di soggetti che presentano problematiche d'uso.

Gli strumenti adottati trovano il loro background teorico nell'ambito di studi internazionali sviluppati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, cui l'Italia ha contribuito nel passato quale promotrice dei metodi dell'Indicatore Multivariato e della Back-Calculation. Nel corso degli anni sono stati applicati ai dati raccolti in Italia vari metodi tra quelli proposti, metodi che hanno utilizzato vari flussi informativi a carattere ministeriale.

Per l'anno 2002 le metodologie di stima applicabili ai dati raccolti nel nostro paese sono state quattro: il metodo demografico che utilizza i dati inerenti la domanda di trattamento dei nuovi ingressi presso i Ser.T. e la stima della durata media in stato di tossicodipendenza; il metodo cattura-ricattura, basato sui flussi informativi dei Ser.T. e delle strutture del privato sociale; il metodo dell'indicatore multivariato che combina i vari flussi relativi all'impatto del fenomeno con le Forze dell'Ordine, con l'Amministrazione della Giustizia e con i sistemi di intervento terapeutico e riabilitativo pubblici e privati; il metodo di estrapolazione dai dati del Ministero dell'Interno che riguarda le segnalazioni per possesso o uso di sostanze illegali ed i decessi droga correlati.

Stima del numero di soggetti che fanno uso di eroina (valori assoluti delle stime ed intervallo di variazione)

ANNO	Estrapolazione dai dati del Ministero dell'Interno	Estrapolazione dai dati sulla domanda di trattamento	Metodo cattura-ricattura	Metodo dell'indicatore multivariato	Intervallo di variazione della stima
2002	306.653	270.096	281.844	314.002	270.096-314.002

Per l'Italia, nell'anno 2002, si stima quindi che per ogni mille persone di età compresa tra i 15 ed i 54 anni ci siano stati da 8,4 a 9,7 soggetti che nella vita abbiano assunto almeno una volta eroina.

Evoluzione temporale del fenomeno

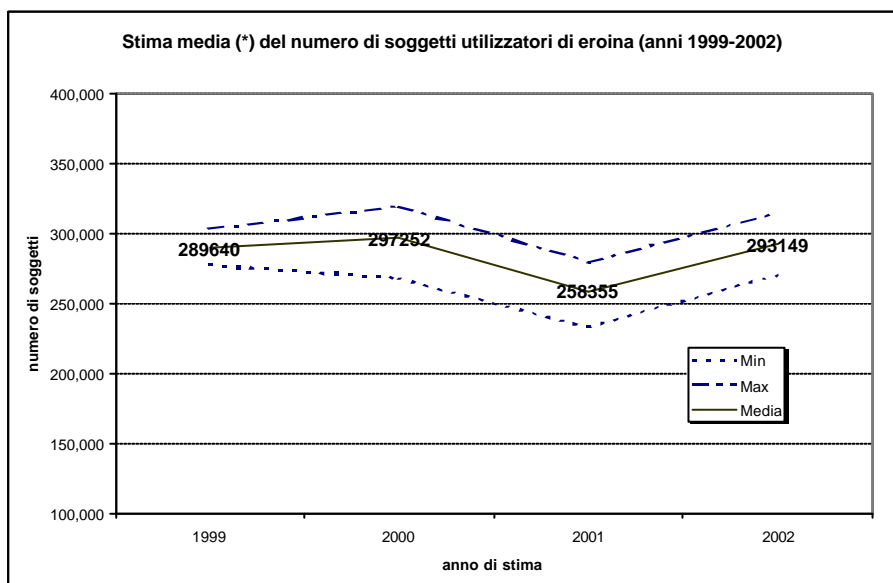
L'importanza dei valori di stima, calcolati con i vari metodi, può essere valutata in maniera più accurata nel confronto tra le quantità determinate negli anni. Infatti il valore puntuale della stima, ovvero il valore visto relativamente all'anno di pertinenza, consente di valutare l'impatto del fenomeno limitatamente all'anno considerato; al fine dunque di apprezzarne eventuali variazioni è opportuno verificare l'andamento temporale delle quantità stimate.

## PARTE 4

Stime del numero di soggetti che fanno uso di eroina: anni 1996-2002 (valori assoluti delle stime ed intervallo di variazione)

ANNO	Estrapolazione dai dati del Ministero dell'Interno	Estrapolazione dai dati sulla domanda di trattamento	Metodo cattura-ricattura	Metodo dell'indicatore multivariato	Metodo della Back Calculation	Intervallo di variazione della stima
1996	172.000	299.000	274.000	248.672	326.000	172.000-326.000
1999	281.273	276.746	297.711	302.829	406.176	276.746-406.176
2000	272.513	292.196	309.850	319.447	437.983	272.513-437.983
2001	251.864	279.820	268660	233.075	470.378	233.075-470.378
2002	306.653	270.096	281.844	314.002	n.a.	270.096-314.002

Dall'analisi dell'andamento temporale del numero di soggetti utilizzatori di eroina si rileva una sostanziale stabilità negli anni presi in considerazione; se si considera come un possibile valore di stima la media aritmetica dei vari metodi utilizzati nei vari anni (\*), tale numero oscilla da un massimo di 297.252 soggetti stimati per l'anno 2000, corrispondenti a circa 9,2 soggetti ogni mille di età compresa tra i 15 ed i 54 anni, ad un minimo di 258.355 soggetti stimati per l'anno 2001, corrispondenti a circa 8 soggetti ogni mille, sempre di età compresa tra i 15 ed i 54 anni come riportato in figura seguente.



(\*) Stime medie sui diversi indicatori ad esclusione del metodo della Back-Calculation (in attesa di ulteriori approfondimenti metodologici)

La figura mostra l'andamento nei quattro anni considerati, della stima media e dei valori massimi e minimi delle stime calcolati con i diversi metodi disponibili; è interessante notare come lo scarto tra i due valori tenda nel tempo a rimanere costante, segno questo di una ideale e fattiva consistenza e coerenza delle diverse stime ottenute a partire da flussi ministeriali che riguardano aspetti distinti del fenomeno droga.

## Decessi Droga Correlati

I Decessi Droga Correlati (nel seguito DRD) sono considerati a livello europeo un indicatore indiretto di prevalenza di uso di droga, o meglio di uso problematico di droga. Variazioni di questo indicatore riflettono però anche piccoli mutamenti nella definizione di DRD, nei sistemi di rilevamento, codifica e registrazione, nel contenuto di principio attivo delle sostanze utilizzate, nelle modalità di assunzione, nelle associazioni di sostanze assunte, nello stato fisico del soggetto al momento del consumo. L'entità dei DRD si presenta variabile in relazione alla fonte da cui i dati provengono; l'utilità dell'indicatore ai fini del monitoraggio dell'abuso di droga, nonché di altri problemi connessi alla sanità pubblica, dipende fortemente dalla qualità dei dati prodotti. L'importanza pratica di questo indicatore è alla base dello sforzo costante dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (EMCDDA) in collaborazione con i Punti focali nazionali (PFN) dei paesi dell'U.E., per migliorarne e standardizzarne la qualità, specificità e comparabilità.

Nel nostro Paese i DRD vengono rilevati attraverso due sistemi distinti, il Registro Generale di Mortalità (RGM) ed il Registro Speciale (RS) dei decessi droga correlati, entrambi caratterizzati da una copertura nazionale del territorio, ma distinti per definizione di caso, specificità, articolazione della procedura di rilevamento, tempi e modi di produzione dei dati e loro verifica.

Il Registro Nazionale di Mortalità, curato dall'ISTAT, riguarda tutti i decessi avvenuti nella popolazione generale e le cui cause sono codificate secondo un sistema di classificazione internazionale, l'ICD 9. Attualmente è in atto la fase di implementazione per il passaggio al sistema di classificazione ICD10, evoluzione del precedente, passaggio che si prevede possa essere completato entro il 2004. Tale nuovo sistema consentirà di mettere in evidenza anche i tanti decessi correlati in modo meno diretto alla droga e questo permetterà di costruire un quadro meno sottostimato, più completo ed aderente alla realtà di quanto oggi non sia possibile con la codifica ICD9. Tale possibilità risulta essenziale per monitorare e studiare nuovi elementi o trends emergenti nella mortalità droga correlata, nonché riveste un elevato interesse dal punto di vista conoscitivo, economico e sanitario.

Le statistiche ufficiali che ogni anno il nostro paese produce in termini di DRD sono prodotte sistematicamente dal Ministero dell'Interno a cura della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) attraverso un Registro Speciale di mortalità droga correlata. Queste statistiche si riferiscono esclusivamente ai decessi direttamente correlati alla droga, per overdose, incidente di assunzione (principalmente per iniezione di eroina), o effetto ipertossico di sostanze concomitanti (in miscele di strada o assunzione concomitante di più sostanze), sono rilevati su base indiziaria, basati sugli eventi e non sulla popolazione a rischio e sulla sua suscettibilità. Non sono rilevati i casi per i quali la droga è indirettamente causa del decesso (es. incidenti o patologie correlate) e i casi di morte per azione diretta della droga per i quali non siano però state interessate le Forze di Polizia.

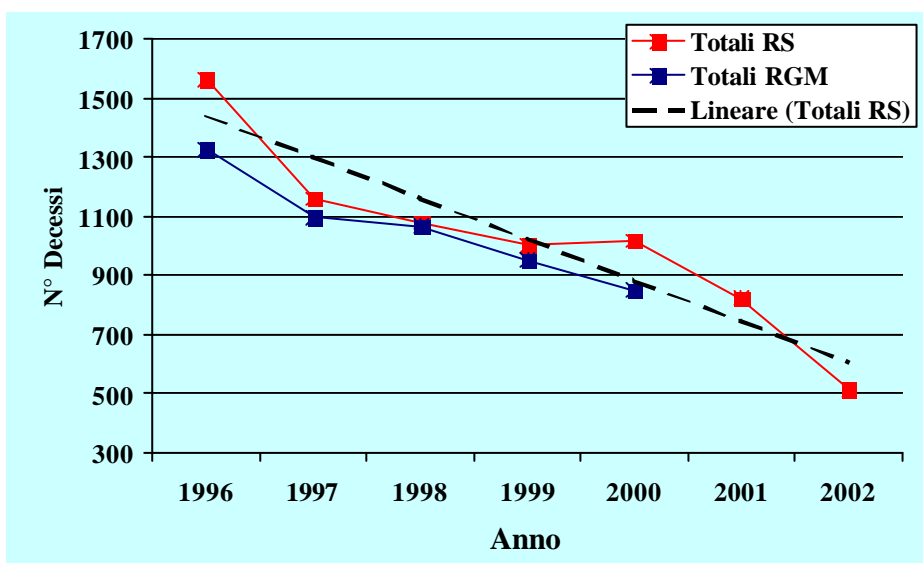
Le cause del decesso vengono stabilite successivamente, ma solo in una parte dei casi, attraverso accertamenti tossicologici ed autoptici quando necessario e richiesto dalla magistratura. Le statistiche prodotte in tal senso dal Gruppo tossicologi forensi (GTF) sono dal 1999 sistematicamente raccolte dal GTF stesso e rese disponibili per il flusso nazionale dei dati DRD.

Entrambi i registri, pur avendo una copertura nazionale, per ragioni differenti, sottostimano la reale entità dei DRD. Ad oggi non è stato possibile, essenzialmente per differenti tempi di raccolta dati e per mancanza di esigenze pregresse, collegare in modo complementare e sinergico i due sistemi ed i relativi archivi. Un collegamento tra i due registri, e con i registri forensi, può compensare questa limitazione a vantaggio della completezza e della qualità dell'indicatore. Il nostro Paese è attualmente impegnato in questa direzione sia per implementare i flussi informativi nazionali sulla droga, sia per sviluppare modalità di produzione e raccolta dati più idonea alle esigenze di armonizzazione e qualità europea, sia per esigenze di comprensione-intervento dal momento che i decessi si verificano non solo tra i tossicodipendenti per via iniettiva, ma sempre più spesso tra assuntori non tossicodipendenti di sostanze diverse dagli oppiacei.

Nel periodo 1 gennaio-31 dicembre 2002 il Ministero dell'interno ha registrato un totale di 516 decessi direttamente connessi alla droga, 475 maschi e 41 femmine, 95.3% italiani e 4.7% stranieri. Il numero dei decessi droga correlati nel paese si è ridotto del 37.4% rispetto all'anno precedente (516 casi contro gli 825). Questa riduzione è evidente in tutte le regioni italiane con fluttuazioni tra lo 0% ed il 75%; Veneto, Puglia, Liguria e Lombardia hanno registrato le riduzioni percentualmente più consistenti. Eccezioni sono rappresentate da Lazio e dalla Campania dove invece si registrano un numero di decessi per droga superiore rispetto al 2001, incrementi rispettivamente pari al 5.4% e 6.3%. La Campania, in controtendenza con il resto del paese, continua a rilevare un trend in crescita (+ 3.7% anche nel 2001). Nella stessa regione, inoltre, il 18% dei casi aveva meno di 24 anni (13% nell'anno precedente) a fronte dell' 11% del dato nazionale e superata solo dall'Umbria e dalla Sicilia con il 24% e 20% rispettivamente.

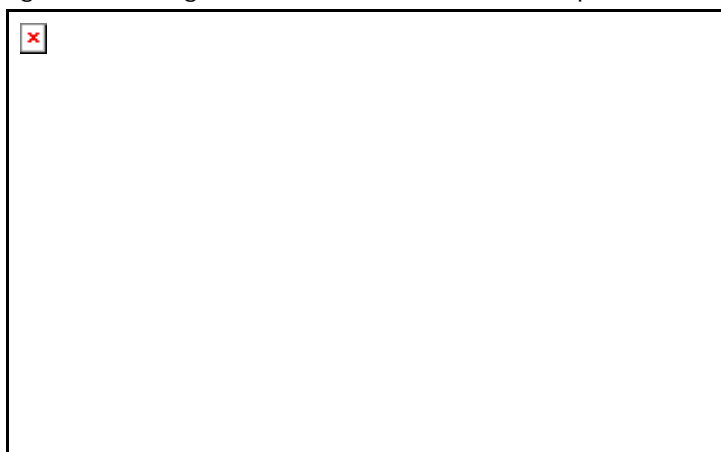
Dal 1996, anno in cui è stata registrata un'impennata dei decessi droga-correlati (1566 casi), abbiamo fortunatamente assistito ad una progressiva riduzione di questi eventi che, nell'arco di sette anni si sono più che dimezzati (- 67%) ed hanno mediamente riguardato soggetti di età progressivamente più elevata. La Figura 4.2 riporta l'andamento dei DRD totali registrati in Italia negli ultimi sette anni dalla DCSA e dall'ISTAT.

Figura 4.2 Decessi registrati in Italia per anno di calendario



E' da osservare che sostanzialmente i dati provenienti dalle due fonti sono coerenti tra loro ed evidenziano nettamente il trend in discesa. Sulla base della linea di regressione (tratteggiata in nero nella figura) si può affermare che nel periodo osservato il fenomeno ha mostrato un decremento medio stimabile in 114 casi all'anno per un complessivo - 56.3% cui corrisponde una diminuzione media dell' 8% annuo. Nel 2002 si conferma un invecchiamento medio dei soggetti deceduti in entrambe i generi con un rapporto Maschi/Femmine nel totale di 12 a 1 (ma 5 a 1 al di sotto dei 20 anni di età). E' utile sottolineare, pur nella ridotta numerosità dei casi, come le classi più giovani forniscano un contributo proporzionalmente maggiore nell'ambito dei decessi femminili. La fascia di età 15-19 nell'ambito di ciascun genere vede una quota percentualmente elevata tra le ragazze rispetto a quanto avviene nelle altre fasce di età, con un 43% contro 11.8, 6.9, 5.3, 8.5, 7.2% (rispettivamente per le fasce di età 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, >40). Le Figure 4.3 e 4.4 riportano, nell'ambito dei sette anni considerati, le percentuali per ciascun genere di soggetti deceduti al di sotto dei venti e al di sopra dei quaranta anni di età secondo quanto riportato dalla DCSA e dall'ISTAT.

Figura 4.3 e Figura 4.4 Decessi distribuzione percentuale per genere ed età

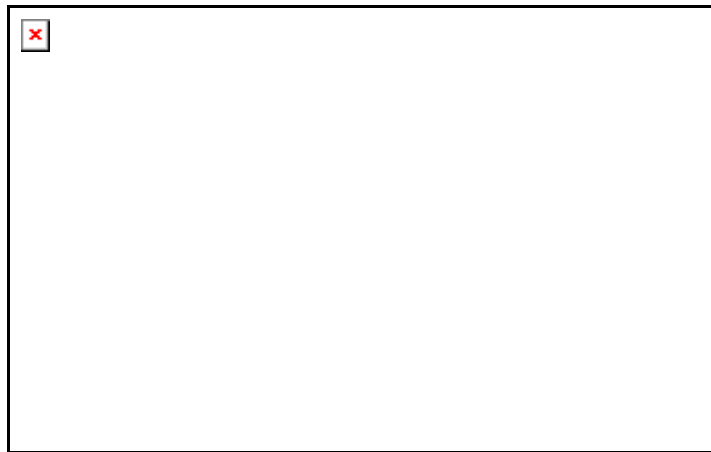


## PARTE 4

Come si può osservare, le due fonti concordano sulla costante maggiore presenza di soggetti molto giovani tra le donne rispetto agli uomini. Non si rilevano sostanziali differenze di genere tra i deceduti oltre i quaranta anni nel RS a differenza del RGM che tra gli adulti vede una maggiore rappresentatività all'interno delle donne.

Nelle classi di età intermedie (20-29 e 30-39), come mostrato dalle Figure 4.5 e 4.6, non si osservano sostanziali differenze tra i generi nel caso dei dati della DCSA, mentre si evidenzia una netta prevalenza di deceduti di queste età nel genere maschile. Sembra di conseguenza che tra le donne i decessi di persone meno che ventenni e più che quarantenni siano più rappresentati che tra gli uomini i quali risultano invece, soprattutto dai dati ISTAT, prevalere nelle classi intermedie.

Figura 4.5 e Figura 4.6 Decessi distribuzione percentuale per genere ed età

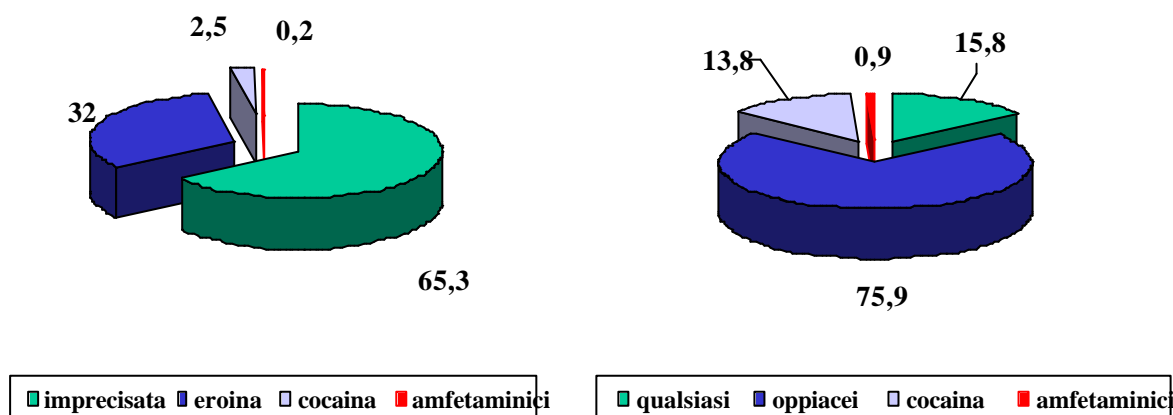




La riduzione globale del numero dei decessi non deve però far considerare ridotto il fenomeno in sé dal momento che, dalla lettura congiunta dei dati riferiti dalle diverse fonti, in particolare dal GTF (Tabella 4.17) si può intuire come i decessi per eroina in popolazione tossicodipendente stiano facendo spazio a decessi di assuntori di sostanze stimolanti come la cocaina, di soggetti non propriamente tossicodipendenti ed in situazioni in cui, senza specifici accertamenti tossicologici, risulta difficile identificare la sostanza come causa diretta del decesso. La consapevolezza inoltre che il consumo/abuso di cocaina, e la sua combinazione con altre sostanze (alcol, amfetamine, eroina) si stia sempre più diffondendo nella popolazione, in particolare quella giovanile, induce a considerare con l'opportuna e necessaria prudenza il trend rilevato.

Sulla base dei dati forniti dal Ministero dell'interno (516 casi) e dei dati raccolti dal Gruppo Italiano dei Tossicologi Forensi sui 348 casi accertati (Figura 4.7), tenendo opportunamente presente che nel primo caso si tratta di dati indiziari e nel secondo di risultato di accertamenti tossicologici ed autoptici, si rileva come, pur a fronte di una quota sempre preponderante di

Figura 4.7



decessi per oppiacei (32% e 76% rispettivamente), compaiono quote non trascurabili di decessi per cocaina. Il GTF, sulla base di riscontri analitici ed autoptici, ha registrato un significativo incremento dei decessi causati direttamente dalla cocaina che sono passati da un 2.8 % del periodo 1991-1996 al 7.9% del 1999 ed al 13.8% del 2002.

E' necessario sottolineare che le "morti da droga" riportate dal GTF sono quelle nelle quali l'assunzione dello stupefacente gioca un ruolo causale di necessità nel determinismo del decesso. La "morte da droga" qui intesa è infatti quella che il Codice Penale (art. 586) considera reato come "morte in conseguenza di altro delitto", in quanto la sostanza che ha causato direttamente la morte è stata necessariamente ceduta alla vittima da "terzi" (reato di cui all'art. 73 Testo unico Legge Stupefacenti).

L'approccio diagnostico attraverso il quale i casi sono selezionati è quello usato nella valutazione dell'avvelenamento, in base alla criteriologia classica

## PARTE 4

medico-legale. In definitiva si tratta di "morti da droga" assolutamente certe e cioè di avvelenamento acuto letale da droga.

I dati del GTF sono esclusivamente quelli acquisiti direttamente dai componenti del GTF.

Per questo motivo essi non possono comprendere la totalità della casistica dal momento che il territorio nazionale non è totalmente "coperto" da sedi universitarie con una sezione di Tossicologia Forense. E dal momento che la richiesta di accertamenti autoptici con consulenza tossicologica da parte dell'autorità giudiziaria non è capillare. Pur nella consapevolezza di una sottostima, i dati raccolti dal GTF riportano una casistica uniformemente distribuita su tutto il territorio nazionale. La Tabella 4.17 riporta i dati relativi ai 348 decessi da droga accertati in 21 centri in territori diversi.

Tabella 4.17

SEDE	TOT	DECESSI DA DROGA				SOSTANZA CAUSA DEL DECESSO			
		NUMERO MASCHI	ETA' MEDIA	NUMERO FEMMINE	ETA' MEDIA	OPPIACEI	DROGHE	COCA	AMPH
ANCONA	8	7	32	1	25	8			
BRESCIA	15	13	37	2	18	14	1	1	
CATANIA	4	3	31	1	20	4			
FIRENZE	11	9	30	2	35	10		1	
MACERATA	5	4	31	1	38	4		1	
MESSINA	1	1	43			1			
MODENA	9	7	29	2	36	5		4	
NAPOLI	47	46	33	1	32	30	7	8	2
NAPOLI	18	16	31	2	31	17	1	1	
PADOVA	20	16	30	4	31	12	8	6	1
PALERMO	16	16	29	0		14	0	2	
PARMA	8	5	30	3	32	5	1	2	
PAVIA	16	13	35	3	34	14	2		
PISA	13	11	37	2	29	11	1	1	
ROMA	16	13	36	3	40	12	4	1	
ROMA	65	60	31	5	27	51	14	11	
ROMA	19	18	31	1	40	18		1	
ROMA	32	25		7		17	10	5	
SIENA	9	8	31	1	29	7	1	1	
TRIESTE	5	4	34	1	25	4	1		
VERONA	11	7	30	4	28	6	4	2	
<b>TOTALI</b>	<b>348</b>	<b>302</b>		<b>46</b>		<b>264</b>	<b>55</b>	<b>48</b>	<b>3</b>
<b>ETA' MEDIA (ponderale)</b>			<b>32</b>		<b>31</b>				
<b>PERCENTUALI</b>		<b>86,78</b>		<b>13,22</b>		<b>75,86</b>	<b>15,8</b>	<b>13,79</b>	<b>0,86</b>

Allo studio sui decessi da droga per l'anno 2002 hanno partecipato tutte le sezioni di Tossicologia Forense delle seguenti strutture Universitarie: ANCONA - Istituto di Medicina Legale; BRESCIA - Cattedra di Medicina Legale; CATANIA - Istituto di Medicina Legale; FIRENZE - Dip. Anatomia Istologia e Medicina Legale; MESSINA - Istituto di Medicina Legale; MODENA - Dipartimento di Anatomia Umana, Farmacologia e Scienze Medico Forensi; NAPOLI - Istituto di Medicina Legale; NAPOLI - Istituto di Medicina Pubblica e Sicurezza Sociale Università "Federico II"; PADOVA - Istituto di Medicina Legale; PARMA - Istituto di Medicina Legale; PAVIA - Dip. Medicina Legale e

Sanità Pubblica; PISA - Dipartimento di Neuroscienze sez. Medicina Legale; ROMA - Istituto di Medicina Legale (1) Università la Sapienza; ROMA - Istituto di Medicina Legale (2) Università la Sapienza; ROMA - Dipartimento di Sanità Pubblica Cat. Medicina Legale-Tor Vergata; ROMA - Istituto di Medicina Legale. Università Cattolica; SIENA - Dipartimento di Scienze Medico legali; TRIESTE - Istituto di Medicina Legale; VERONA - Istituto di Medicina Legale; MACERATA – Istituto di Medicina Legale; PALERMO – Dip. Biotecnologie Mediche e Medicina Legale.

La tabella 4.17 riporta, per ciascuno dei centri che hanno effettuato la rilevazione, il numero di casi accertati, il genere dei deceduti e le sostanze che hanno determinato l'evento. Si rileva come la media ponderata dell'età sia sostanzialmente la stessa nei due generi, 32 anni per gli uomini e 31 per le donne, confermando che la fascia di età maggiormente coinvolta è quella tra i 30 ed i 34 anni indicata dai dati DCSA. Interessante sottolineare come il rapporto Maschi/Femmine risulti pari a 6.6 ad 1 contro 11.6 ad 1 della DCSA. In termini di causa determinante del decesso, gli oppiacei rappresentano i 3/4 del totale, 1/7 è stato causato dalla cocaina.

Date le tendenze da più parti segnalate verso un ulteriore incremento dell'uso-abuso di cocaina soprattutto nella popolazione giovanile, i dati rilevati dal GTF supportano la necessità di una maggiore futura attenzione ai problemi associati al consumo di questa sostanza.

Si ritiene infine che un'attenzione più mirata ed una copertura più estesa degli accertamenti tossicologico-forensi sui decessi potrebbe fornire utili informazioni per un'analisi più approfondita della questione; così anche una lettura comprensiva dei dati di mortalità prodotti in specifici studi su coorti di tossicodipendenti .

**Uso di Droghe e Sicurezza di Guida**

La necessità di acquisire informazioni valide, utili ad affrontare del problema della guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope è stata recentemente sottolineata anche nell'ambito della strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2000-2004). Questa specifica attenzione non sorprende in quanto il diffondersi dell'uso di sostanze psicotrope, anche a scopo ricreazionale, accompagnato da nuove modalità di consumo, quali la poliassunzione, ha assunto negli ultimi anni dimensioni allarmanti, specie tra i giovani. Questa situazione, oltre ad avere perniciosi effetti sulla salute e sulla convivenza sociale, ha riflessi assai pesanti anche in termini di sicurezza stradale. In particolare, nel caso dei giovani, se si pensa che di per sé minore è l'età del soggetto maggiore è il rischio di provocare o, comunque, di rimanere vittime di incidenti, si comprende come risulti importante sia contrastare direttamente il fenomeno "droga", sia limitare la sua interazione con altre attività, in particolare con un'attività complessa come la guida di un veicolo. Sul versante della sicurezza stradale, l'Unione Europea si è anche data l'obiettivo di ridurre del 40% il numero di morti e di feriti per incidenti stradali negli stati membri entro il 2010 (Commissione Europea, doc.Com (97) 131 def).

A tale riguardo, vale la pena sottolineare che il raggiungimento di questo obiettivo è fortemente legato alla riduzione dell'incidentalità tra i giovani che, nonostante la riduzione del numero totale di morti e feriti per incidenti stradali osservata negli ultimi anni, presentano variazioni trascurabili rispetto agli adulti. Questo fatto è particolarmente importante per il nostro paese dove, come si vedrà nel seguito, un terzo dei morti per incidente stradale è costituito proprio dai giovani.

Per questi motivi è fondamentale la conoscenza di dati quantitativi sul problema degli incidenti stradali, sull'uso di sostanze e sulla guida sotto l'influsso di sostanze.

**Gli Incidenti Stradali in Italia**

Se gli incidenti stradali provocano globalmente meno dell'1,5% dei decessi che si verificano annualmente in Italia, tra i 15 e i 24 anni questa proporzione sale ad oltre il 40%, costituendo in assoluto la prima causa di morte in questa fascia di età, con conseguenze estremamente rilevanti in termini di costi sanitari e sociali. Questi eventi costituiscono inoltre una importante causa di ricovero e di accesso alle prestazioni di pronto soccorso, nonché la causa determinante di gravi invalidità traumatiche, quali paraplegia, tetraplegia e danni cerebrali permanenti.

La mortalità annua per incidente stradale in Italia, desunta dalle statistiche sanitarie dell'ISTAT sulle cause di morte, è stata per il 1999 pari a 7.829 soggetti (13,7 decessi/100.000 abitanti). Per il 2000, in base ai dati provenienti dalla statistica ISTAT sugli incidenti stradali con lesioni alle persone, verbalizzati dalle autorità di polizia, possiamo inoltre stimare un corrispondente numero di morti pari a 7.583, ossia 13,3 decessi/100.000 abitanti. Le lesioni che più frequentemente determinano la morte per incidente stradale sono costituite dal trauma cranico - con o senza frattura - (45,8%) e da traumatismi interni del torace, addome e bacino (41,6%).

Per quanto riguarda la tipologia di utenza della strada, nel 2000 oltre la metà delle morti (55,1%) si riferisce ad automobilisti, il 19,2% a utenti delle due ruote motorizzate, il 5,8% a ciclisti, il 13,2% a pedoni ed il restante 6,7% ad altra utenza (mezzi pesanti, mezzi pubblici, ecc.).

Il numero di ricoveri attribuibili agli incidenti stradali è desumibile dalle statistiche relative alle schede di dimissione ospedaliera (SDO). In base a questa fonte di dati, che oggi copre praticamente la totalità degli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati, si contano nel 1999 per questa causa 128.830 ricoveri (226 ricoveri/100.000 abitanti). Si osservi che questi dati sono sottostimati in quanto in molte schede relative a cause traumatiche manca ancora l'indicazione della causa esterna, ovvero del tipo di evento che ha determinato il trauma. Da valutazioni effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), basate sui ricoveri registrati nella regione Lazio e sui ricoveri nazionali per trauma cranico, si ritiene che la sottostima in gioco sia dell'ordine del 15%, il che comporta un totale corretto intorno ai 145.000 casi.

Lesioni determinanti il ricovero a seguito di incidente stradale sono soprattutto frattura del cranio (4,5%), traumatismi intracranici senza frattura (24,1%), altre fratture (34,8%), contusioni e schiacciamenti (11,4%), distorsioni e distrazioni di articolazioni e muscoli (7,4%).

Numericamente assai più consistente, come logico, appare il ricorso ai centri di Pronto Soccorso (PS). In questo ambito non esiste ancora una fonte statistica organica di rilevamento mirata al fenomeno infortunistico in quanto, pur essendo una gran parte dei PS attualmente informatizzata (intorno al 70%), nei *software* utilizzati per la raccolta delle informazioni non è in generale ancora presente la causa esterna: in altre parole, si sa qual è il trauma (ad es. trauma cranico), ma non si conosce la causa che lo ha determinato (incidente stradale, aggressione, caduta, ecc.), né all'interno della causa si rilevano caratteristiche più specifiche sulla tipologia dell'evento, di utenza della strada (es. pedone, motociclista, automobilista, ecc.) o tantomeno dati di natura tossicologica.

Tuttavia, questa informazione, sia pur limitata alla sola conoscenza che l'evento è relativo ad un incidente stradale, è già presente in tutti i PS della Regione Lazio: l'Agenzia di Sanità Pubblica Regionale ha osservato per il 2000 149.500 accessi riconducibili ad incidenti stradali, su una popolazione sottostante di circa 5.400.000 abitanti. In base a questi dati, essendo storicamente i valori del Lazio prossimi alla media italiana dell'infortunistica stradale, l'ISS ha effettuato una proiezione indicativa a livello nazionale. La cifra che così si determina è pari a 1.578.000 accessi/anno (2.768 accessi/100.000 abitanti). Certamente, si tratta di una grossa cifra; comunque, al di là di possibili distorsioni indotte dalla proiezione, che come detto va considerata indicativa, si può ben dire che questa stima è consistentemente superiore a quella proveniente dalla statistica dei soli incidenti verbalizzati, che per il 2000 riporta 301.559 soggetti infortunati. Anche per quanto riguarda l'invalidità secondaria ad incidenti stradali, in particolare quella grave, i dati sono scarsi e frammentari. Tuttavia, sempre da studi recentemente effettuati dall'ISS, si può affermare che il 55-60% dei soggetti ricoverati in istituti di riabilitazione presenta lesione midollare post-traumatica a seguito di incidente stradale; questa percentuale sale fino al 70-80% in caso di trauma cranio-encefalico.

Dalle SDO del 1999, relative ai ricoveri per incidente stradale, l'ISS ha valutato il costo ospedaliero unitario imputabile a questi eventi - cui corrisponde una degenza media pari a 6,4 giorni - pari a 2.473 Euro per ricovero. La spesa totale di assistenza sanitaria per incidente stradale è stata stimata in almeno 598 milioni di Euro all'anno.

Volendo tracciare anche un quadro evolutivo del fenomeno, si consideri che negli ultimi 30 anni sono morte per incidenti stradali oltre 300.000 persone, con età mediana intorno ai 41 anni e con una perdita media di attesa di vita per soggetto pari a circa 40 anni. Il 77,6% dei decessi è costituito da maschi, per il 34,6% da giovani al sotto dei 30 anni e per il 56,5% residenti nel nord del Paese. L'aspetto età-specifico del fenomeno trova la sua acme nei giovani tra i diciotto-venti anni per i quali metà delle morti nell'anno sono addebitabili ad incidenti stradali. La mortalità nel periodo considerato è, tuttavia, diminuita del 41,7%, passando da circa 24 a circa 14 morti/100.000 abitanti/anno. Si osservi, però, che nel caso dei giovani tra 15-29 anni tale diminuzione appare estremamente debole (inferiore al 10%). Addirittura, i tassi di mortalità che si osservano attorno ai 18-20 anni per i maschi non sono sostanzialmente variati, tanto che ancora oggi annualmente si hanno valori intorno ai 40 morti/100.000 abitanti (pari a circa 3 volte la mortalità media di tutte le età).

Emerge da questi dati sintetici la grande vulnerabilità dei giovani, cui fa seguito anche quella della cosiddetta "utenza debole", in particolare i pedoni, specie anziani, che contribuiscono con circa 1.000 morti all'anno, i ciclisti (400 morti/anno) ed in generale degli utenti delle due ruote motorizzate, iperrappresentati nelle statistiche di mortalità-morbosità rispetto alla loro quota di utenza della strada. Che i soggetti giovani risultino particolarmente vulnerabili agli incidenti stradali trova un ulteriore riscontro nel numero dei ricoveri, ove si osserva che circa la metà degli eventi riguarda soggetti di età inferiore a 30 anni. In termini di confronti internazionali, il quadro ora tracciato pone l'Italia prossima alla media dell'Unione Europea. Deve tuttavia costituire motivo di riflessione l'esistenza di Paesi dell'Unione che, con una serie di misure finalizzate alla sicurezza stradale, sono riusciti a ridurre consistentemente la mortalità (e in parallelo anche la morbosità), sino a pervenire, come ad esempio il Regno Unito, a 6 morti/100.000 abitanti/anno. Il verificarsi di un incidente stradale deriva dalla concorrenza di molteplici fattori, spesso riassunti nella triade Uomo-Ambiente-Veicolo. Certamente, gli aspetti comportamentali rivestono un ruolo preponderante (gli studi effettuati al proposito rilevano che essi sono presenti in più del 90% dei casi, e in circa il 60% di questi rappresentano la causa determinante). Tra i fattori comportamentali, un ruolo primario è rappresentato dalla guida sotto l'influsso di sostanze psicotrope, le quali come si può facilmente intuire hanno un pernicioso effetto sull'efficienza della catena "*percezione-riconoscimento-decisione-azione*", fondamentale per una guida sicura. Nel caso dei giovani, in aggiunta, il rischio determinato dagli effetti di sostanze psicotrope sulla guida è maggiormente sostenuto a causa delle caratteristiche temperamentali e trasgressive, tipiche dell'età, che portano ad una maggiore sottostima dei rischi. A questo si aggiunga un loro elevato "nomadismo" stradale, che si concentra particolarmente nei fine settimana, e che facilmente si concretizza in quegli eventi tristemente noti come "*stragi del sabato sera*", che nel solo anno 2000 hanno prodotto nelle notti del venerdì e del sabato 15.326 incidenti, con 917 morti, pari a circa la metà del totale degli incidenti e delle morti avvenuti di notte nel corso dell'intera settimana (ISTAT, 2001).

Alla luce di quanto detto, appare di fondamentale interesse disporre sia di dati di riferimento sull'uso di sostanze psicotrope sia di elementi atti a fornire indicazioni sulla sua evoluzione nel tempo.

A tale riguardo, esiste oggi una buona disponibilità di dati grazie agli studi ESPAD/CNR e allo studio "Approccio Multi-Rischio" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità che vanno ad indagare sulle abitudini "a rischio" e anche sulla percezione dei rischi connessi all'uso delle sostanze e la guida.

#### Diffusione dell'uso delle sostanze tra giovani studenti

Allo scopo di fornire una quantificazione della diffusione dell'uso di sostanze tra i giovani, ci sembra utile riportare sinteticamente alcuni risultati relativi all'uso dichiarato di sostanze psicotrope da parte dei rispondenti all'indagine sul tema "Guida e Comportamenti a Rischio" - che nel seguito verrà indicata con la sigla AMR/ISS2003, dove AMR sta per "Approccio Multi-Rischio" - coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'indagine si è svolta con la partecipazione nella fase organizzativa ed attuativa di Operatori delle ASL e Presidi e Insegnanti della Scuola. Gli studenti delle scuole superiori di ogni ordine e grado hanno compilato un apposito questionario, finalizzato a quantificare la prevalenza di comportamenti a rischio per la guida. I dati qui presentati riguardano 18 regioni, per un totale di 35 provincie, e sono relativi a 9610 studenti della fascia d'età 14-19 anni.

Si tenga presente, per una corretta interpretazione dei risultati, che come in altre indagini simili - in Italia e all'Estero - ai soggetti veniva chiesto se avessero mai fatto uso nel corso della vita di sostanze d'abuso: si tratta quindi di un'informazione "integrale", non riferita ad esempio, all'uso attuale o recente delle sostanze indicate, che può o meno esserci.

Nella tabella 4.18 sono riportate prevalenze di uso di sostanze tra gli adolescenti di 15-16 anni di età. Questa analisi viene presentata per permettere un confronto con i risultati desunti negli scorsi anni dallo studio ESPAD del CNR, mirato specificamente alla valutazione dell'uso di sostanze tra studenti di queste età e quindi permettere di confrontare i dati riferiti dallo studio AMR/ISS2003

Tabella 4.18 - Studenti di 15-16 anni (ESPAD/CNR2002 , AMR/ISS2003): uso generale (% Utilizzatori)

	ESPAD/CNR 2002	AMR/ISS 2003
No. Sogg	6774	3212
(qualsiasi sostanza)	19.8	21.3

La tabella 4.19 riporta le proporzioni di soggetti che hanno riferito nelle dette indagini di aver utilizzato specifiche sostanze:

## PARTE 4

Tabella 4.19 - Studenti di 15-16 anni (ESPAD/CNR95 -02, AMR/ISS2003):  
uso specifico (% singole sostanze)

	ESPAD/CNR 1995	ESPAD/CNR 2002	AMR/ISS 2003
Cannabis	19.0	18.9	19.7
Solventi	8.0	3.7	(non ril.)
Anfetamine	3.0	0.9	(non ril.)
Ecstasy	4.0	1.6	1.7
LSD	5.0	1.0	1.7
Cocaina	3.0	1.6	2.7
Eroina fumata	2.0	3.4	(non ril.)
Altre sostanze	1.9	1.4	2.3

(solo ISS, altre da cannabis, ecstasy, cocaina, LSD)

### Le opinioni dei giovani sul problema sostanze & guida

Come si osserva dalla tabella 4.20, i giovani dimostrano di avere una consapevolezza dei rischi associati alla guida se si è fatto uso di sostanze psicotrope; tuttavia, la quota di coloro che sottovalutano il problema appare consistente, in particolare nei confronti della cannabis, dove circa un giovane su cinque ritiene che non abbia effetti pericolosi per la guida:

Tabella 4.20 - Opinioni degli studenti su "Sostanze & Guida" (AMR/ISS2003)

	MASCHI		FEMMINE	
	N	%	N	%
<i>"A tuo parere, una persona che deve guidare un veicolo va incontro ad un maggior rischio di avere un incidente stradale se fa uso di sostanze (cannabis, ecstasy, cocaina, psicofarmaci, ecc.)?"</i>				
		%		%
* Sì	3.416	75,2	4.054	80,3
* Dipende dalla quantità	802	17,7	841	16,7
* No	193	4,3	57	1,1
* Non so	129	2,8	97	1,9
Tot.	4.540	100,0	5.049	100,0

*"Se, a tuo parere, tra le seguenti sostanze ce ne sono alcune senza effetti pericolosi per la guida, indicale"*

	MASCHI		FEMMINE	
	ass.	% su camp.	ass.	% su camp.
* Cannabis	981	20,9	836	16,1
* Ecstasy	342	7,3	254	4,9
* Cocaina	443	9,4	270	5,2
* Lsd	258	5,5	159	3,1
* Psicofarmaci	455	9,7	452	8,7
Tot. campione	4.691		5.208	



### Sostanze psicotrope e sicurezza di guida

Pur nelle oggettive difficoltà esistenti nel quantificare l'influenza delle sostanze psicotrope sulla sicurezza di guida, alcuni risultati possono ritenersi definitivamente acquisiti. Talora, può essere difficile misurare l'effetto in sé, ma l'esistenza dell'effetto e la sua importanza pratica appaiono ben chiare. In relazione a questo, e ad altre considerazioni di contesto, anche relative a dati di base, possiamo dire che:

- studi clinici ed epidemiologici concordemente sottolineano il coinvolgimento delle sostanze stupefacenti e psicotrope nel determinismo degli incidenti stradali;
- indicazioni sulla prevalenza di tali sostanze in deceduti per eventi mortali sono disponibili in diversi Paesi; per carenza di dati resta invece ancora poco conosciuta la prevalenza di assuntori saltuari o abituali di sostanze che si mettono alla guida e con quali conseguenze;
- l'abitudine diffusa di associare più sostanze tra loro può determinare effetti rilevanti anche a fronte di concentrazioni ematiche contenute. Ciò in virtù delle interazioni, delle sinergie in parte ancora poco esplorate; di conseguenza, condotte di guida inadeguate possono essere legate a livelli modesti di singole sostanze psicotrope le quali risultano ancor più coinvolte in comportamenti di guida incompatibili con la sicurezza e nel determinismo di incidenti (non solo stradali);
- l'uso di sostanze psicoattive, in particolare stimolanti ed allucinogeni, è in crescente diffusione soprattutto in contesti aggregativi-ricreativi;
- l'arricchimento tecnologico dei veicoli (mappe, lettori di CD, ecc.) richiede una sempre maggior capacità di dividere l'attenzione tra strada e dispositivi, cosa certo non favorita dall'uso di sostanze psicotrope;
- l'influenza delle sostanze sulla condotta di guida può essere amplificata da comportamenti di per sé rischiosi. Ad esempio, l'utilizzo dei telefoni cellulari durante la guida ha effetti negativi sull'attenzione. Peraltro, l'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato lo scorso anno una nuova abitudine, assai marcata tra i giovani: quella di leggere e inviare "messaggini" telefonici durante la guida. Un nuovo problema, poi, è rappresentato dall'immissione sul mercato di telefonini che trasmettono immagini o filmati, i quali - è facile prevederlo - avranno larga diffusione proprio tra i giovani (che sono peraltro il target degli spot trasmessi), con le conseguenze che si possono facilmente immaginare. I telefoni cellulari sono dispositivi estremamente utili in caso di emergenza, per esempio per chiamare soccorsi, come molti studi hanno dimostrato; ma è bene che gli utenti si rendano conto del rischi che il loro utilizzo comporta durante la guida. Anche se correttamente usati nei termini di legge, si è sempre in presenza di un loro effetto negativo sulla capacità del conducente di concentrare la sua attenzione sulla strada, e questo effetto aumenta verosimilmente in modo esponenziale con l'uso di sostanze psicoattive;
- l'informazione pubblica circa gli effetti sull'insicurezza di guida delle sostanze psicoattive più diffusamente utilizzate è ancora insufficiente. Ci sono infatti sostanze ancora erroneamente considerate di scarsa o nulla pericolosità alla guida; c'è, inoltre, un mancanza assoluta di informazione sulla particolarità dei rischi associati all'assunzione combinata di più sostanze. Tali rischi riguardano la salute come il comportamento, una

maggior suscettibilità al danno di organi, pesanti ripercussioni sulla adeguatezza di risposta a stimoli esterni, un marcato incremento della aggressività dei soggetti a fronte di sollecitazioni modeste o anche in assenza delle stesse.

Accanto a quanto visto, può essere utile riportare alcune informazioni su specifiche sostanze a più ampia diffusione, e soprattutto su specifiche associazioni, sottolineandone alcuni aspetti relativi ai rischi relati alla guida.

#### Cannabis

La cannabis è la sostanza psicotropa più frequentemente rilevata nel sangue dei soggetti incorsi in incidenti stradali mortali, come pure in soggetti sottoposti a controllo anche se non coinvolti in incidente. Considerando studi diversi, la prevalenza della cannabis raggiungeva anche il 60%.

In termini di effetti la cannabis presenta una variabilità legata alla diversa azione prodotta in funzione della dose assunta ed alle condizioni del soggetto al momento del consumo.

L'assunzione di anche 20mg di THC può produrre un'azione psicotossica di tipo allucinatorio in relazione allo stato di conservazione della molecola di THC (la molecola è foto e termo-sensibile), alla capacità induttiva degli enzimi microsomiali del soggetto ed allo stato psichico dell'assuntore.

Gli enzimi microsomiali (nel fegato) convertono il THC in un metabolita, 1' 11-OH-THC, 15 volte più potente della molecola di partenza, e questo potenziamento è agevolato dall'assunzione contemporanea di alcol. L'uso combinato di alcol, quindi, incrementa la risposta individuale al THC, potenziandone anche gli effetti in termini di "insicurezza" alla guida.

Su tale base, la constatazione che nei giovani l'uso di queste due sostanze è molto spesso combinato, deve far riflettere circa le ripercussioni sulla sicurezza stradale.

Non è esente da rischi neppure il consumatore moderato o occasionale. Infatti anche livelli contenuti di THC, che esprimono in media una bassa tossicità, possono rappresentare un problema in quanto in grado di indurre alterazioni delle funzioni cognitive-percettive-comportamentali, con potenzialità di rischio più elevate in funzioni complesse come la guida.

Ancora, a parità di dose, in un consumatore occasionale la concentrazione plasmatica del THC, e suoi metaboliti, è circa doppia rispetto all'assuntore cronico; di conseguenza, eventuali effetti psicotomimetici, e relativi rischi, durano molto più a lungo, quasi il doppio del tempo. Questa differenza si rileva a prescindere dalla via di assunzione del THC, per fumo o per ingestione, nonostante che l'assorbimento di THC per via intestinale sia meno efficace che per via inalatoria.

A parità di dose assunta, infine, assuntori non abituali di marijuana mostrano picchi di pressione sistolica più elevati rispetto ad assuntori abituali.

Altro aspetto a torto trascurato, se pure noto da oltre 30 anni, è l'incremento significativo dose - dipendente della frequenza cardiaca, prodotto anche in volontari sani dall'uso di cannabis. Ciò rappresenta un rischio aggiuntivo, alla guida, per soggetti che fanno uso congiunto di altre sostanze (es. cocaina) con lo stesso effetto e per soggetti nei quali, per predisposizione o per età, l'incidente cardiovascolare ha elevata probabilità di verificarsi.

Un altro fattore di rischio alla guida è il frequente arrossamento degli occhi nell'assuntore di cannabis con conseguente difficoltà, specie notturna, di

mettere a fuoco visivo ostacoli e contorni dell'ambiente circostante. Tutto questo si può ripercuotere sulla corretta percezione delle distanze e dell'ambiente circostante, sia esso il nastro stradale, una curva, un ostacolo, un altro veicolo o un pedone che attraversa la strada.

La cannabis, poi, deprime ulteriormente lo stato di vigilanza (e quindi i tempi di reazione), già compromesso da sostanze come l'alcol. Essendo infine questa sostanza molto diffusa, esiste una tendenza a considerarla una "non droga". E' necessario però ricordare che si tratta di una sostanza "illecita" che, per il suo particolare metabolismo, è rilevabile nelle urine a distanza di più di venti giorni e che è la sostanza più frequentemente rilevata a seguito di incidente stradale grave.

#### Cocaina

La cocaina, come la gran parte degli stimolanti, ha un'azione "up-down". Quando l'azione "up" svanisce (sempre più velocemente con il protrarsi del consumo) improvvisamente, come se si spegnesse un interruttore, subentra l'effetto "down", con ripercussioni sullo stato di vigilanza.

Per le ripercussioni dirette e indirette la cocaina, già di per sé, non è compatibile con la sicurezza di guida, ma ancor più rischioso risulta il suo consumo in associazione con altre sostanze. A tale proposito si pensa generalmente all'alcol, che è la sostanza d'abuso più diffusa tra i consumatori di cocaina. Tale associazione incrementa di più di 11.5 volte il rischio di malore improvviso.

Altre associazioni, come quelle che seguono, si avviano ad essere altrettanto diffuse e rischiose.

#### Cocaina e Cannabis

Una particolare attenzione è necessaria agli effetti risultanti dall'azione combinata, o ravvicinata, di cannabis e cocaina.

La vasodilatazione della mucosa nasale indotta dalla cannabis, anche se assunta precedentemente, riduce l'effetto vasocostrittivo della cocaina. Questa azione si traduce in un assorbimento significativamente maggiore della cocaina sniffata. Pertanto, a parità di dose, l'uso combinato di cannabis produce anche nell'assuntore abituale di cocaina effetti incontrollabili poiché il fumo di cannabis incrementa i livelli plasmatici di cocaina, esalta l'euforia dell'assuntore, anticipa l'inizio dell'effetto e ne prolunga terribilmente la durata. Di conseguenza, gli effetti negativi prodotti dalla cocaina sulla salute e sulla sicurezza di guida diventano ancora più pesanti.

#### Cocaina e Anabolizzanti

L'associazione di cocaina e anabolizzanti (in particolare il nandrolone) richiede una specifica considerazione dal momento che l'uso di entrambe le sostanze risulta in espansione.

Riteniamo utile considerare gli effetti di questa associazione, ed in particolare quelli che più direttamente possono essere connessi con l'"insicurezza" di guida.

Entrambe le sostanze, singolarmente o in combinazione, provocano forti aumenti di aggressività. Ciò è stato dimostrato in laboratorio in modelli animali, ma anche nell'uomo in situazioni cliniche.

Interessante notare che una marcata aggressività è prodotta già a dosi modeste di cocaina, quindi anche in assuntori saltuari, e che l'associazione delle due sostanze sviluppa comportamenti aggressivi significativamente più

marcati. E' stato osservato nell'uomo che soggetti con assunzione di dosi medio-alte di cocaina (2 mg/kg peso corporeo) reagivano in maniera molto più aggressiva di soggetti che non avevano assunto la sostanza, e ciò indipendentemente dal livello di provocazione, che poteva anche essere molto banale. In altre parole, si determinavano reazioni aggressive sproporzionate.

Queste osservazioni cliniche e sperimentali sostengono l'articolazione dei rischi dell'uso di cocaina sulle condotte e sulla sicurezza di guida; su tale base, la crescente aggressività rilevata nei conducenti più giovani potrebbe trovare una sua parziale spiegazione nel sempre più diffuso consumo di cocaina e di altre sostanze.

I meccanismi farmacologici alla base di questi effetti coinvolgerebbero "sistemi neurotrasmettitori" influenzati dalla cocaina la quale agisce sulle stesse aree del cervello, in particolare il sistema limbico, che sostengono comportamenti aggressivi e violenti; secondo alcuni studi, le due sostanze, pur avendo caratteristiche molto diverse, hanno siti comuni di azione proprio all'interno del sistema limbico del sistema nervoso centrale.

La cocaina, come già documentato, può provocare colpi apoplettici e gli ormoni sessuali (il nandrone è un ormone maschile anabolizzante) possono peggiorare le caratteristiche degli attacchi.

Questi possibili effetti sono deleteri per la salute in assoluto, ma sono anche cruciali per la sicurezza stradale in quanto possono essere responsabili di tanti incidenti mortali avvenuti per perdita di controllo del veicolo (a seguito di colpo apoplettico).

Questa particolare interazione di sostanze infatti sviluppa effetti avversi sul sistema cardiocircolatorio. E' noto che la cocaina induce vasocostrizione coronarica, aritmie cardiache e problemi di conducibilità. Gli steroidi anabolizzanti, da parte loro, sono stati associati ad ipertrofia del miocardio e ad ipertensione. Per anni si è valutata la possibilità che gli anabolizzanti potessero influenzare la risposta cardiaca alla cocaina, ma solo recentemente è stato dimostrato che il nandrolone incrementa in misura significativa la risposta cardiaca ad elevate dosi di cocaina senza comunque cambiare la morfologia del miocardio.

#### Ecstasy

Pochi sono oggi i dati disponibili circa la prevalenza dell'ecstasy e degli amfetaminici in soggetti deceduti a seguito di incidente stradale. In uno studio condotto in Francia a livello nazionale in conducenti incorsi in incidenti stradali, la prevalenza delle positività per amfetaminici era dell'1.4% contro l'1.1% per cocaina ed il 13.9% per cannabis. In uno studio condotto in Inghilterra, su 93 pazienti con trauma maggiore per incidente stradale e non, a fronte di una positività globale alle droghe del 51%, la presenza di amfetaminici era rilevata nel 6% dei casi (3% cocaina, 13% cannabis, 27% etanolo superiore al limite legale).

Dal punto di vista epidemiologico è, allo stato attuale, molto difficile valutare il contributo dell'ecstasy nel verificarsi dell'incidente, per ragioni di praticabilità (breve emivita della molecola nel sangue) e metodologiche (limitatezza delle tecniche di screening idonee a rilevare l'MDMA).

Ancor più difficile risulta valutare la prevalenza di soggetti che guidano sotto l'effetto e che sono potenziali cause di incidente, spesso anche singolo.

Gli effetti collaterali e negativi che accompagnano l'assunzione di ecstasy sono aggravati dall'alcol, anche quando questo precede il consumo della sostanza. L'etanolo anticipa e sostiene gli effetti dell'ecstasy, aumenta la

difficoltà a disperdere calore. L'etanolo rende più profonda la fase "down", compromettendo ulteriormente la già carente vigilanza, alterando il senso delle distanze e del pericolo, facilitando i colpi di sonno.

#### Conclusioni

Anche in conseguenza di quanto riportato, la prevenzione degli incidenti stradali, attraverso il controllo della presenza di sostanze psicoattive in soggetti impegnati alla guida, è oggi più che mai necessaria.

Tale esigenza si scontra ancora con concrete difficoltà concettuali ed operative, essenzialmente legate a vincoli dettati dall'interpretazione restrittiva della privacy (anche in campo sanitario e diagnostico), dalla limitata praticabilità degli accertamenti per sostanze diverse dall'alcol sul campo, dalla tipologia del campione biologico attualmente più idoneo a tale accertamento (sangue), dalle difficoltà per ottenere il consenso da parte del soggetto (in mancanza di precise indicazioni normative, in una legislazione al riguardo talvolta contraddittoria).

Una misura della criticità della odierna situazione può ricavarsi dal fatto che ad oggi, anche per l'alcol, che non presenta problemi dal punto di vista analitico, non è ancora possibile effettuare in Italia uno studio epidemiologico corretto in quanto la normativa vigente non consente controlli casuali delle alcolemie dei conducenti, nonostante questi possano essere effettuati in termini non invasivi.

I controlli potrebbero determinare un effetto deterrente che di per sé potrebbe ridurre significativamente il consumo, almeno alla guida. È necessario però sottolineare come il potere deterrente dipenda fortemente dalla sistematicità dei controlli stessi e da una estesa informazione in campo sanitario e di sicurezza stradale. Un'ultima considerazione, utile in termini di praticabilità e di costi, potrebbe essere espressa circa l'opportunità di effettuare controlli mirati. Dagli studi effettuati, infatti, si osserva che la fascia di età 20-30 anni ha il più elevato rapporto di positività alcol/droghe ed incidenti stradali. Tale rapporto diminuisce al crescere dell'età dei conducenti. D'altra parte, va ricordato che proprio i soggetti oltre i 30 anni mostrano le positività più elevate all'alcol e minore positività ad altre sostanze. Ne deriva l'opportunità di mirare i controlli a questa fascia di età ed attuare interventi di informazione più capillari e specifici.

Quanto detto non è in contrasto con l'esigenza di poter effettuare controlli casuali: in termini di conoscenza del fenomeno, infatti, solo i controlli casuali possono permetterci di pervenire ad un quadro corretto; in termini di contrasto del fenomeno, invece, la strada da seguire è quella dei controlli "mirati" in quanto, come l'Istituto Superiore di Sanità ha dimostrato, con essi aumenta fortemente il valore predittivo dei test, e quindi la probabilità di individuare gli assuntori più rapidamente e ad un minor costo.

## **PARTE 4**